

Stand der Entwicklung der Hebammenwissenschaft

Beschreibung der Ist-Situation anhand der Diskursuntersuchung der Forschungslage

**Inaugural-Dissertation
Teil I**

**zur Erlangung des
Doktorgrades der Pflegewissenschaft
(Dr. rer. cur.)**

**an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der
Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar**

vorgelegt von:
Cornelia Kahl
Friedrichstr. 16
61476 Kronberg

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

Zweitgutachter: Prof. Dr. theol. Dipl. Psych. Heribert W. Gärtner

vorgelegt im Januar 2013

Danksagung

Mein herzlicher und aufrichtiger Dank gilt meinem Mentor und Doktorvater Herrn Prof. Dr. Marcus Siebolds für seine Begleitung und sein mir entgegengebrachtes Vertrauen in all den Jahren meines Studiums und der Zeit der Promotion. Er hat meine Entwicklung zur Wissenschaftlerin begleitet, mich motiviert, gefordert und in Momenten des Zweifels gestützt. Für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Heribert W. Gärtner.

Die vorliegende Arbeit konnte in dieser Form nur mit praktischer Unterstützung vieler Menschen gelingen. So möchte ich mich bei Frau Dr. Sandra Pleskina-Schramke für ihre großartigen Einsätze rund ums Formatieren und ihre Unterstützung bei der Erstellung der Grafiken bedanken, Sharon Schuler für ihre unermüdliche geduldige Kopier-Hilfe in der ZBMed, Rudolf Kahl, Cornelia Friedrich, Andrea Lessenich und Ute Pfeifer für das Korrekturlesen auch in letzter Minute, Levent Dinc für alle Notfall-Formatierungsanfragen sowie Wolfgang Grundflint für seine Einsätze, wenn mal wieder Virusalarm am Computer herrschte.

Wundervolle Orte des Rückzugs zum Schreiben haben mir Bettina und Rolf Trittman sowie Birgit und Jan Schuler gewährt. Undine Tiemann dient mein besonderer Dank für die gemeinsame Zeit der Promotion, den intensiven gedanklichen Austausch und „...das Steine schleppen“. Den Mitgliedern meiner Kolloquium-Gruppe, Ute Pfeifer, Undine Tiemann, Peter König, Martin Lucht, Anke Mijatovic und Joachim Lennefer danke ich für den regen fachlichen Austausch und Teilhabe an ihren Dissertationsvorhaben.

Mein Dank gilt auch meinen Hebammen-Kolleginnen für ihre Bereitschaft der Vertretung in Zeiten, wenn es zeitlich mal wieder eng wurde und den von mir betreuten Familien, die auch in der letzten Phase der Arbeit volles Verständnis für „ihre“ Hebamme aufbrachten.

Meine Freunde sind nicht nur während der Zeit der Erstellung der vorliegenden Arbeit ein wichtiger ausgleichender Pol für mich gewesen und ich bin sehr froh, sie an meiner Seite zu wissen.

Mein allergrößter Dank gilt jedoch meiner Familie. Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung meiner Eltern, denen diese Arbeit gewidmet ist und meines Bruders mit seiner Familie nicht möglich gewesen. Ich danke Euch für Euer Dasein für mich, Euer Anfeuern und Auffangen wenn scheinbare Grenzen erreicht waren, Eure Zuversicht und für Euer Interesse an der nun vorliegenden Arbeit!

Kronberg, im Januar 2013

Cornelia Kahl

Vorbemerkung

Die vorliegende Dissertation ist im Promotionsprogramm der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) im Fachbereich Pflegewissenschaft entstanden. Die Arbeit gliedert sich als Gesamtwerk in zwei Teile. Teil I enthält die Darlegung des wissenschaftlichen Vorgehens mit Ergebnispräsentation, Anhängen und Gesamtliteraturliste sowie getrennt voneinander die Listen der ein- und ausgeschlossenen Literatur. Teil II enthält das Reviewprotokoll zum Nachweis der systematischen Aufarbeitung der Literatur zum Thema. Als Anforderung der Qualitätssicherung dokumentiert das Protokoll die gesamte gefundene Literatur sowie deren weitere Verwendung. Den Ansprüchen der Qualitätsvorgaben (vgl. Higgins JPT 2008) entsprechend muss das Protokoll komplett sein. Daher erscheint die Literaturliste der ein- und ausgeschlossenen Literatur im Gesamtwerk zweimal. Um beide Teile zukünftig auch unabhängig voneinander dem Nutzer zur Verfügung stellen zu können, greift jeder Teil auf eine eigene Gliederung zurück.

Mit denen in dieser Arbeit verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

ABSTRAKT

Hintergrund:

Die Verwendung der Begriffe „Hebammenwissenschaft“ bzw. „Science of Midwifery“ in der Literatur und auch im gesellschaftlichen Rahmen zeigt auf, dass die Entstehung der Hebammenwissenschaft im internationalen wie deutschsprachigen Raum sich in der Entwicklung befindet. Die Frage bleibt zu klären, ob die Hebammenwissenschaft sich über ihre bestehende Forschungspraxis hinaus als Wissenschaft konstituiert hat.

Ziel:

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die methodisch geleitete Analyse der bisher geleisteten Forschungspraxis und deren Reflexion. Damit soll ein Beitrag zur kritischen Reflexion des Entwicklungsstandes einer sich konstituierenden Hebammenwissenschaft geleistet werden. Diese Bestandsaufnahme soll für die Forscherinnen im Konstituierungsprozess als Unterstützung zu dessen systematischer Weiterentwicklung dienen. Dabei wird die internationale und deutschsprachige Perspektive genutzt.

Methoden und Inhalte:

Verwendet wurde ein mehrdimensionaler methodischer Ansatz. Dieser methodische Ansatz geht von einer historischen Analyse der Hauptthemen im Hebammenwesen aus, um damit die Kernfragen der Arbeit zu definieren. In der analytisch deskriptiven Perspektive findet das aus der evidenzbasierten klinischen Praxis abstammende literaturanalytische Verfahren „Review-Verfahren“ Anwendung zur Betrachtung des wissenschaftlichen Diskurses der Hebammenwissenschaft. Dieses dient hier, in Anlehnung an die Methode der Cochrane Collaboration eingesetzt, als Qualitätsstandard. In der Arbeit werden drei Themen, die in der historischen Analyse als bedeutsam identifiziert wurden, mit Hilfe der Methoden bearbeitet. Dies sind: Denkstilgemeinschaft, Paradigma und Kommunikation.

Ergebnisse:

Von 1289 Titeln, die im Verlauf der Recherche auf Aussagen zum Thema begutachtet wurden, konnten 341 Beiträge in die Analyse eingeschlossen

werden. Ausgehend von den Beobachtungen über Herkunft und Bedingungen der Forschergruppe und ihre Gemeinschaftsstruktur, wird die Entwicklung der Hebammenwissenschaft aus der Forschungspraxis aufgezeigt. Dabei bildet sich ab, dass aus der Forschungspraxis ein hebammentypischer, wissenschaftlicher Denkstil abgeleitet werden kann. Der Übergang zu einer explizit konstituierten Wissenschaft lässt sich zurzeit nicht erkennen.

Schlussfolgerung:

Die Untersuchung des hebammenwissenschaftlichen Diskurses liefert keinen Hinweis auf ein konsentiertes, hebammenwissenschaftliches Paradigma, so dass darauf geschlossen werden kann, dass die Hebammenwissenschaft sich in einem vor-paradigmatischen und damit vor-wissenschaftlichen Zustand befindet und hauptsächlich über den Forschungsvollzug konstituiert wird.

Schlüsselbegriffe: Hebammenwissenschaft, Hebammenforschung, Review, Literaturanalyse, Methodologie, Denkstil, Paradigma, Kommunikation

ABSTRACT

Background:

The application of the terms „Hebammenwissenschaft“ (german) or „Science of Midwifery“ (english) in the literature as well as within social frameworks indicates that science of midwifery is still under development in the international and German speaking context. It needs to be clarified whether science of midwifery has constituted itself beyond the existing research practice.

Objective:

Based on methodological terms the aim of this study is to analyse the existing research practice in science of midwifery. It delivers a contribution to a critical reflection of the development of the constitutional process of a science of midwifery. This appraisal should assist and encourage researchers and scientists in a systematic approach to the constitutional process of a science under construction. For this purpose an international perspective is used as well as the perspective of german speaking countries.

Methods:

A multidimensional methodological approach to the topic at hand was used. A historical analysis of the main topics in Midwifery served to identify and define the core research questions. For the analytical descriptive design of the paper an instrument from evidence based clinical practice, the “Review-process” was applied to analyse the literature. Developed by the Cochrane Collaboration this method conducts as a quality standard. Three main subjects could be identified in the historical analysis and processed within the described methods: collective style of thinking (thought style), paradigm and communication.

Results:

Out of 1289 titles, which were reviewed upon their statement to the topic at hand, 341 could be extracted for further analysis. Relating to the origins and conditions of the researcher group and their scientific and social environment and structure, the development of a science of midwifery out

of a practiced research is pointed out and emphasized. It can be constituted that a typical midwifery, scientific collective style of thinking can be derived. A transition to an explicit constitution of a science of midwifery cannot be recognised at this state.

Conclusions:

The exploration of the discourses in der scientific community of midwives does not provide any indication of a consensus for a scientific paradigm in midwifery, which allows the conclusion that science of midwifery is yet in a pre-paradigm and therefore in a pre-scientific state and constitutes itself through the practice of research only.

Keywords: Science of midwifery, research in midwifery, review, literature analysis, methodology, collective thinking style / thought style, paradigm, communication

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung:

Die beiden Teile der Arbeit enthalten eine eigene Gliederung, was der Übersichtlichkeit dienen soll.

Teil I

DANKSAGUNG

VORBEMERKUNG

ABSTRACT

Gliederung

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

1. Einleitung	10
2. Beschreibung der Bedingungen der Hebammenwissenschaft anhand der historischen Betrachtung - eine Annäherung an das Thema	12
2.1. Das Selbstverständnis des Hebammenwesens	14
2.2. Gesellschaftliche Erwartungen und normative Vorgaben an das Hebammenwesen am Beispiel Deutschlands.....	20
2.3. Akademisierung des Hebammenwesens - der Prozess der Verwissenschaftlichung	28
3. Formulierung des philosophisch-theoretischen Bezugsrahmens.....	33
3.1. Denkstil nach L. Fleck- oder wie aus Denken Tatsächlichkeit wird	34
3.2. Von der Entwicklung einer Wissenschaft - Der Konstituierungsprozess nach Thomas S. Kuhn.....	36
3.3. Modell der kommunikativen Wissenschaftstheorie - ein Modell des Institutes für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF)/Österreich.....	40

4.	Implikationen für die Analyse einer Hebammenwissenschaft	47
5.	Ableitung der Forschungsfragen aus den Vorüberlegungen.....	55
6.	Methodendiskussion	57
6.1.	Der Diskursbegriff	57
6.2.	Systematisches Review- ein literaturanalytisches Verfahren in Anlehnung an Cochrane und PRISMA.....	58
7.	Interpretationsrahmen	61
7.1.	Entwicklung des Analyserasters zur Interpretation der Daten.....	61
7.2.	Darlegung des Analyserasters als Interpretationsfolie.....	65
8.	Ein internationaler Überblick zur Hebammenwissenschaft und Theoriebildung im Hebammenwesen - ein systematisches Review	91
8.1.	Methodendarlegung der systematischen Literaturrecherche	92
8.1.1.	Datenbankauswahl	92
8.1.2.	Suchbegriffe und Suchkonzepte	93
8.1.3.	Evidenzbeurteilung	95
8.1.4.	Filtereinstellungen	96
8.1.5.	Ein- und Ausschlusskriterien	96
8.2.	Graphische Darstellung des Suchverlaufes	98
8.3.	Beurteilungsraster der Literaturlauswertung	99
8.4.	Rechercheergebnisse	100
8.4.1.	Rechercheeinstieg - Anwendungsprüfung des Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“	101
8.4.2.	Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in PubMed	104
8.4.3.	Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in den Cochrane Datenbanken	114
8.4.4.	Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in CINAHL	120
8.4.5.	Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in MIDIRS.....	123
8.4.6.	Ergebnispräsentation der englischsprachigen Handrecherche.....	127
8.4.7.	Ergebnispräsentation der deutschsprachigen Handrecherche.....	130
9.	Zuordnung der Befunde des Reviews zu den Forschungsfragen	139

10. Bewertung und Interpretation.....	195
11. Methodenreichweitendiskussion	210
12. Perspektiven möglicher wissenschaftlicher Beiträge zur Unterstützung des Konstituierungsprozesses	216
13. Literaturverzeichnis.....	220
13.1. Gesamtverzeichnis (1386)	220
13.2. Eingeschlossene Literatur (341)	293
13.3. Ausgeschlossene Literatur (948)	314
14. Anhang	371
15. Erklärung	393

Teil II: Reviewprotokoll

VORBEMERKUNG

ABSTRACT

Tabellenverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1	Hintergrund	395
2	Ziel	396
3	Timetable	398
4	Methodendarlegung der systematischen Recherche	399
4.1	Datenbanken	400
4.2	Suchbegriffe und Suchkonzepte	400
4.3	Evidenzbeurteilung	403
4.4	Besonderheiten	404
4.5	Filtereinstellungen	405
4.6	Ein-/ Ausschlusskriterien	405
4.7	Analyseraster	407
5	Rechercheergebnisse	409
5.1	Rechercheeinstieg	409
5.2	Systematische Recherche	437
5.2.1	Medline/ deutsch	437
5.2.2	Pubmed	438
5.2.3	Cochrane	624
5.2.4	Cinahl	712
5.2.5	MIDIRS	732
5.3	Handrecherche englischsprachig	787
5.3.1	ICM	787
5.3.2	MANA	793
5.4	Handrecherche deutschsprachig:	795
5.4.1	Schweizer Hebammenverband	795
5.4.2	MH Hannover	806
5.4.3	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)	831
5.4.4	Standorte Hebammenforschung deutschsprachig	834
6	Literaturverzeichnis	926
6.1	Eingeschlossene Literatur (341)	926
6.2	Ausgeschlossene Literatur (948)	944
6.3	Gesamt Literatur (1289)	993
6.4	Internetadressen (25)	1059

Abkürzungsverzeichnis

ACNM	American College of Nurse- Midwives
AG	Arbeitsgruppe
AMCB	American Midwifery Certification Board
BDH	Bund Deutscher Hebammen (jetzt DHV)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
Bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CM	Certified Midwife
CNM	Certified Nurse-Midwife
CPM	Certified Professional Midwife
CTG	Cardio Toco Graphie/ Fetal Monitoring
DGHWi	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
DHV	Deutscher Hebammenverband
EbcP	Evidenzbasierte klinische Praxis
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ET	Errechneter Geburtstermin
FH	Fachhochschule
ggf.	gegebenenfalls
GP	General Practitioner
Grav	Gravidität
HebG	Hebammengesetz
ICM	International Confederation of Midwives/ Internationaler Hebammenverband
i.d.R.	in der Regel
IOM	American Institute of Medicine
IVF	In Vitro Fertilisation
lt.	laut
MANA	Midwives Alliance of North America
MH Hannover	Medizinische Hochschule Hannover
NARM	North American Registry of Midwives
NHS	National Health Services (UK)
Para	Parität/ Anzahl der Geburten einer Frau
pp	post partum
RCM	Royal College of Midwives
RCT	Randomized Controlled Trial
RM	Registered Midwife
RNM	Registered Nurse-Midwife
SSW	Schwangerschaftswoche
u. A.	unter Anderem
UK	United Kingdom
UKCC	UK Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Praxisfeld des Hebammenwesens	25
Abbildung 2 Entwicklungsalgorithmus des Analyserasters.....	64
Abbildung 3 Recherche Flow-Chart	98
Abbildung 4 Rechercheeinstieg Hebammenwissenschaft.....	101
Abbildung 5 Rechercheeinstieg Hebammenwissenschaft.....	101
Abbildung 6 Graphische Suchdarstellung PubMed I	105
Abbildung 7 Graphische Suchdarstellung PubMed II	105
Abbildung 8 Graphische Suchdarstellung PubMed III	106
Abbildung 9 Graphische Suchdarstellung Cochrane I	115
Abbildung 10 Graphische Suchdarstellung Cochrane II	115
Abbildung 11 Graphische Suchdarstellung Cochrane III	116
Abbildung 12 Graphische Suchdarstellung CINAHL I	120
Abbildung 13 Graphische Suchdarstellung CINAHL II	121
Abbildung 14 Graphische Suchdarstellung CINAHL III und IV	121
Abbildung 15 Graphische Suchdarstellung MIDIRS I	124
Abbildung 16 Graphische Suchdarstellung MIDIRS II	124
Abbildung 17 Zuordnung deutschsprachiger Publikationen zu ICM Core Competencies / Arbeitsfeldern.....	143
Abbildung 18 Zuordnung internationaler Publikationen zu ICM Core Competencies / Arbeitsfeldern	144
Abbildung 19 Evidenzarten: deutschsprachig	158
Abbildung 20 Evidenzarten: international.....	160
Abbildung 21 Zeitliche Veränderung der deutschsprachigen Forschungslandschaft: Evidenzart / Forschungsansatz.....	160
Abbildung 22 Zeitliche Veränderung der internationalen Forschungslandschaft: Evidenzart/Forschungsansatz.....	162
Abbildung 23 Studientypen deutschsprachiger / internationaler Vergleich.....	164

Abbildung 24 Thematische Präferenzen in Studien und Projekten (deutschsprachig)	165
Abbildung 25 Themengebiete deutschsprachiger Forschungsbeiträge in Bezug zum Forschungsansatz	166
Abbildung 26 Thematische Präferenzen in Studien (international)	173
Abbildung 27 Forschungsansätze in Bezug zu Forschungsbereichen (international)	174
Abbildung 28 Zeitliche Entwicklung der thematischen Präferenzen (deutschsprachig)	176
Abbildung 29 Zeitliche Entwicklung der thematischen Präferenzen (international)	177
Abbildung 30 Thematische Präferenzen der Literatur (international)	179
Abbildung 31 Zusammensetzung der Forschergruppe in Bezug auf das Hebammenwesen (deutschsprachig)	182
Abbildung 32 Zusammensetzung der Forschergruppe in Bezug auf das Hebammenwesen (international)	184
Abbildung 33 Gender-Zusammensetzung der Forschergruppe (Erst- Autoren) im deutschsprachigen / internationalen Vergleich	185
Abbildung 34 Forschungsbegründung (deutschsprachig)	188
Abbildung 35 Forschungsbegründung (international)	189
Abbildung 36 Publikationsstandard PRISMA	371
Abbildung 37 Publikationsstandard CONSORT	372
Abbildung 38 Publikationsstandard STROBE	373
Abbildung 39 Publikationsstandard COREQ	375

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Philosophie und Modell der Hebammenbetreuung	18
Tabelle 2 Studiengänge in der Disziplin Hebammenwissenschaft / Hebammenkunde in Deutschland/Stand 2012	31
Tabelle 3 Vorlage zur Beschreibung der Entwicklungsschritte des Analyserasters	65
Tabelle 4 Interpretationsfolie.....	66
Tabelle 5 Evidenzarten	95
Tabelle 6 Beispiel: Auswertungstabelle.....	99
Tabelle 7 PubMed: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich (155 Treffer).....	107
Tabelle 8 Cochrane: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich (47 Treffer).....	117
Tabelle 9 Cochrane: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich (15 Treffer).....	122
Tabelle 10 MIDIRS: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich (31 Treffer).....	125
Tabelle 11 MANA Hebammen Definition.....	129
Tabelle 12 ICM Core Competencies	141
Tabelle 13 Themengebiete des Forschungsschwerpunktes Maternal Health in Bezug zum Forschungsansatz	167
Tabelle 14 Themengebiete des Forschungsverbund Osnabrück in Bezug zum Forschungsansatz	167
Tabelle 15 Themengebiete der MH-Hannover in Bezug zum Forschungsansatz.....	168
Tabelle 16 Themengebiete aller deutschsprachiger Forschungsbeiträge in Bezug zum Forschungsansatz	169
Tabelle 17 Deutschsprachige Projekte und Studien im Bezug auf die Arbeitsfelder.....	170
Tabelle 18 Überblick über die deutschsprachigen Forschungsarbeiten in Bezug auf Forschungsspektrum / Studientypen	171

Tabelle 19 Studientypen und Themenbereiche (International)	175
Tabelle 20 Zusammensetzung der Forschergruppe der Forschungsstandorte (deutschsprachig)	183
Tabelle 21 Auftraggeber / Finanziere von Forschungsarbeiten (deutschsprachig)	186
Tabelle 22 Auftraggeber/Finanziere von Forschungsarbeiten (international)	187
Tabelle 23 Methodische Präferenzen deutschsprachiger Forschungsarbeiten	190
Tabelle 24 Methodische Präferenzen internationaler Forschungsarbeiten (international)	191
Tabelle 25 Unvorhergesehene Analyseschwierigkeiten / Interpretationsfolie	213
Tabelle 26: Ergebnistabelle in Excel-Form	376

1. Einleitung

Die Idee, sich mit der Hebammenwissenschaft und der Einschätzung ihrer Wissenschaftlichkeit auseinander zu setzen liegt begründet in verschiedenen, aufeinander aufbauenden Suchbewegungen. Diese begannen bei der Erstellung der Master-Thesis an der PTHV. Die erste dieser Suchbewegungen war ausgerichtet auf die Entwicklung spezifischer Qualitätsindikatoren für die Praxis des Hebammenwesens. Die Verweigerung der Gesellschaft, ihre Erwartungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung durch das Hebammenwesen auf monetärer Ebene auszugleichen, wie es sich in den Gebührenverhandlungen mit den Gesetzlichen Krankenversicherern (GKV) momentan abzeichnet, ließ die Frage entstehen, inwieweit es Aufgabe der Hebammenwissenschaft ist, als Erfüller gesellschaftlicher Erwartungen zu fungieren. Nach Abschluss der Master-Thesis wurde der Fokus daher neu justiert mit dem Blick auf die Hebammenwissenschaft an sich. Die Betrachtung von Versorgungsendpunkten, die als finale Operationalisierung von Qualitätsindikatoren zu verstehen sind (Hölzer, Wächter et al. 2001; Schrappe 2001; Ohmann 2010) sollte dabei Auskunft geben, wie reif die Hebammenwissenschaft in der autonomen Produktion von Endpunkten klinischer Studien ist, abseits gesellschaftlicher Erwartungsstrukturen.

Beide Suchbewegungen, die davon ausgehen, dass es weltweit betrachtet eine konstituierte Hebammenwissenschaft gibt, führten zu der Frage nach dem Stand der Konstitution der „Hebammenwissenschaft“. Neben der Forschungsaktivität aus dem internationalen Raum seitens der Hebammen, ist im Verlauf der letzten Jahre zunehmend auch Forschungsaktivität im deutschsprachigen Raum zu verzeichnen. Die Entwicklung erster hebammenspezifischer Studiengänge in Deutschland, Österreich und der Schweiz zeigt auch im deutschsprachigen Raum den Beginn des Akademisierungsprozesses des Hebammenwesens an. Eine Entwicklung, die für den internationalen Raum bereits zu einem früheren Zeitpunkt zu beobachten war. Die Frage bleibt zu klären, ob die Hebammenwissenschaft sich über ihre bestehende Forschungspraxis und die einsetzende Akademisierung der Berufsgruppe hinaus als Wissenschaft konstituiert hat oder ob es sich bei ihr um einen rein diskursiv postulierten Begriff handelt?

Die vorliegende analytisch deskriptive Arbeit dient der Aufbereitung des wissenschaftlichen Diskurses der Hebammenwissenschaft mit dem Ziel der Einschätzung des Reifegrades der Hebammenwissenschaft über die Untersuchung ihrer Wissensbestände. Anliegen ist es dabei ein Vorgehen zu wählen, das den Diskurs und damit die Wissensfülle dem Leser zugänglich und die Ergebnisse für ihn reproduzierbar macht. Die textliche und tabellarische Darstellung in der vorliegenden Arbeit dient der Ordnung der Diskursinhalte. Darüber hinaus stehen die aufgearbeiteten Datenbestände dem Nutzer in Form einer Excel-Tabelle im Anhang der Arbeit zur Verfügung.

Der Aufbau des ersten Teils der Dissertation unterteilt sich in vier Abschnitte. Die historischen Betrachtungen in Kapitel 2 dienen der Hypothesenformulierung vor dem Hintergrund der Entwicklungen des Hebammenwesens, während in Kapitel 3 die Formulierung des theoretischen Bezugsrahmens zur Untersuchung der Wissenschaftsentwicklung erfolgt. Damit soll prospektiv geplant ein Interpretationsraster für die später erhobenen Befunde festgelegt werden. Im Kapitel 4 erfolgt die Ableitung aus dem theoretischen Bezugsrahmen zur Formulierung der in Kapitel 5 dargestellten Forschungsfrage. Die Kapitel 6 - 8 sind auf die Beschreibung der aus der Forschungspraxis generierten Wissensbestände ausgerichtet. Die Betrachtung des gewonnenen Datenmaterials vor dem Hintergrund der Fragestellung erfolgt dann ab Kapitel 9. Obwohl der Forschungsprozess nicht linear verlaufen ist, ist die vorliegende Arbeit als Abbild eines Forschungsprozesses zu verstehen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die methodisch geleitete Analyse der bisher geleisteten Forschungspraxis und deren Reflexion. Damit soll ein Beitrag zur kritischen Reflexion des Entwicklungsstandes einer sich konstituierenden Hebammenwissenschaft geleistet werden. Diese Bestandsaufnahme soll für die Forscherinnen im Konstituierungsprozess als Unterstützung zu dessen systematischer Weiterentwicklung dienen. Dabei wird die internationale und deutschsprachige Perspektive genutzt.

2. Beschreibung der Bedingungen der Hebammenwissenschaft anhand der historischen Betrachtung - eine Annäherung an das Thema

Mit der Hebammenwissenschaft bzw. Science of Midwifery hat in den letzten Jahren eine neue wissenschaftliche Disziplin Eingang in die nationalen und internationalen Hochschullandschaften gefunden. Mit den ersten im 11. Jahrhundert veröffentlichten Werken¹ sowie mit ab dem 15. Jahrhundert systematisch verbreiteten Lehrbüchern blickt das Hebammenwesen auf eine lange Tradition der Wissenspublikation zurück (vgl. Metz-Becker 1999).² Die wissenschaftlich fundierte Untersuchung der Hebammenpraxis durch Hebammen und die systematische Publikation von Forschungsergebnissen sind jedoch ein Phänomen der Neuzeit. Während im angloamerikanischen³ Sprachraum, Forschung von Hebammen seit 1900 initiiert sowie in Fachzeitschriften seit 1950 systematisch publiziert wird und sich der Begriff der Science of Midwifery herausbildete (Kennedy 2005), zeigt sich anhand der Forschungslandschaft ab 1989 und Etablierung von Studiengängen ab 2008 für den deutschsprachigen Raum ein deutlich zeitverzögerter Entwicklungsprozess der Hebammenwissenschaft.

Die Wissenschaftsbezeichnung „Hebammenwissenschaft / Science of Midwifery“ selbst verweist auf die Berufsgruppe der Hebammen und transportiert semantisch die Auseinandersetzung der Wissenschaft mit dem

¹ Beschreibung des Dammschutzes durch die Hebamme Trotula. Vgl. Metz-Becker, M. H. (1999). Hebammenkunst gestern und heute: zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte. Marburg, Jonas-Verlag.

² Zoege verweist in ihrer Untersuchungen zur Professionalisierung des Hebammenwesens, auf die Fülle von Publikationen, die sich mit dem Verhältnis von ärztlichen und Hebammenwissen auseinandersetzen. Die historischen Analysen der von ihr aufgeführten Autoren zeigt auf, dass im Laufe der Zeit das Wissen von Hebammen von der aufkommenden akademischen Medizin auf eine hierarchisch untergeordneten Platz verwiesen oder als schädliches Wissen denunziert wurde. Vgl. Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs- Anforderungen an die Ausbildung, Huber. S. 217

³ Der Begriff des „angloamerikanischen“ verweist auf den englischsprachigen Raum im Allgemeinen und ist nicht auf Literatur im speziellen aus den USA bezogen.

Praxisfeld des Hebammenwesens. Ohne die Debatte um die linguistischen Aspekte des Begriffes „Hebammenwissenschaft“ (vgl. Dörpinghaus 2003; Dörpinghaus and Schröter 2005 S. 72) analog der 20 Jahre zuvor geführten Diskussion der Pflegewissenschaft zum Wissenschaftsbegriff (vgl. e.g. Seidl 1993 S. 99ff) vertiefen zu wollen, geschieht die Annäherung an das Thema daher im weiteren Verlauf über die Beschreibung der Berufsgruppe und ihres Praxisauftrags. Das generische Femininum „die Hebamme“ deutet dabei auf einen hauptsächlich von Frauen ausgeübten Beruf hin. Obwohl seit Einführung der europäischen Richtlinie 2006/54/EG⁴ zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen auch in Europa die Ausbildung von Männern zur Hebamme (Österreich) bzw. zum Entbindungspfleger (Deutschland) erfolgen kann⁵, verweisen die Angaben des Internationalen Dachverbandes der Hebammen ICM (International Confederation of Midwives) auf einen tatsächlich weiterhin traditionell hauptsächlich von Frauen ausgeübten Beruf hin.⁶ Im Verlauf der Arbeit wird von der Berufsgruppe der Hebammen in Anlehnung an merkmalsbezogene Professionsansätze von einer Profession gesprochen (vgl. Siebolds 2000), wohlwissend, dass der Professionalisierungsprozess noch nicht vollzogen ist. Für Deutschland begründet sich die Verwendung des Begriffs u.a., wie in Abschnitt 2.2 dargestellt, auf Grund des gesellschaftlichen Mandats, das sich in der Vorbehaltsaufgabe der physiologischen Geburt (1985)⁷ und damit in der Erbringung einer

⁴ Richtlinie 2006/54/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Chancengleichheit und Gleichbehandlung von Männern und Frauen in Arbeits- und Beschäftigungsfragen

⁵ In Österreich und Deutschland besteht seit 1985 für Männer die Möglichkeit, den Beruf der Hebammen zu ergreifen.

⁶ Anfragen an Eurostat bzw. das statistische Bundesamt (Destatis) zeigen das Fehlen einer entsprechenden geschlechterspezifischen Erfassung in der Statistik auf (Zugriff 19.07.2012). Lt. Gesprächsprotokoll mit dem DHV vom 19.10.2012 erfassen die Hebammenverbände nur ihre Mitglieder. Mit Stand 2012 ist in Deutschland ein Entbindungspfleger Mitglied im Deutschen Hebammenverband. (Gesprächsprotokoll mit dem DHV vom 19.10.2012). Schriftliche Anfragen beim ICM zur Geschlechteraufteilung werden ohne Verweis auf zitierfähige Statistiken beantwortet, so dass die Aussage nur Aufgrund des Schriftverkehrs mit der ICM-Beauftragten des DHV und deren internationalen Kolleginnen belegt werden können (Stand Oktober 2012).

⁷ Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) - vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert 06.12. 2011, § 4

zentralwert bezogenen Leistung zeigt sowie in der beginnenden Akademisierung des Hebammenwesens. Die synonyme Verwendung der Begriffe Profession und Beruf im Zusammenhang mit dem Hebammenwesen innerhalb der vorliegenden Arbeit ist den unterschiedlichen Ausbildungsmodellen und gesetzlichen Grundlagen weltweit geschuldet.

Ziel der vorliegenden Arbeit wird die Klärung des Entwicklungsstandes der Hebammenwissenschaft aus internationaler und deutschsprachiger Sicht sein. Dabei wird die systematische Analyse der nationalen wie internationalen Literatur aufweisen, inwieweit es sich bei der Hebammenwissenschaft / Science of Midwifery bereits um eine Wissenschaft oder nur um einen rein diskursiv postulierten Begriff handelt. Das folgende Kapitel, dessen Schwerpunkt auf Grund der Verortung der Autorin im deutschsprachigen Hebammenwesen, auf der Betrachtung des deutschsprachigen Hebammenwesens liegt, dient dabei der deskriptiven Heranführung an die Thematik und der Entwicklung von Hypothesen, die der Strukturierung der Diskursuntersuchung dienen werden.

2.1. Das Selbstverständnis des Hebammenwesens

Das Selbstverständnis des modernen Hebammenwesens basiert auf dem geschichtlich ableitbaren Verständnis von einer weisen (auf Wissen basierenden), partnerschaftlichen, von Frauen für Frauen angebotenen Hilfe rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit - abseits des von der Naturwissenschaft geprägten Denkstils der Medizin.

Zu den ältesten schriftlichen Dokumenten, die die Existenz des Hebammenwesens belegen, gehören u. a. neben altägyptischen Papyrus-Aufzeichnungen (vgl. Diepgen 1937 S. 306; vgl. Silverton 1993 S.2), die alttestamentarische Beschreibung der geburtshilflichen Praxis von Hebammen im zweiten Buch Mose (Mose, 2. Buch, 1, Vers 15-17). Für die Antike zeigt sich am Beispiel der von Sokrates (460 v. Chr.-399 v. Chr.) stammenden Mäeutik, der im Alltag der Antike selbstverständlich verankerte geburtshilfliche Auftrag von Hebammen. Es handelt sich bei ihr um ein didaktisches Verfahren, dessen Form der Gesprächsleitung auf das „Gebären“ oder auch „Entbinden“ einer Einsicht durch geschickte Fragestellung gerichtet ist (Wahrig-Burfeind 2001 S. 557). Dokumentiert in

Platons Werk „Theaitet“ (1979) beschreibt Sokrates, Sohn einer Hebamme, dort dem Schüler Theaitet seine Form der Hebammenkunst.⁸

Schriftlich fixiertes Erfahrungswissen von Hebammen der damaligen Zeit findet sich in Schriften zur „Frauenmedizin“, die aus den Händen gelehrter, aber in der geburtshilflichen Praxis unerfahrener Ärzte stammen (vgl. Diepgen 1937 S. 103). So enthält der „Hebammenkatechismus“ des aus der Antike stammenden Arztes Soranus von Ephesos neben der Beschreibung von Voraussetzungen und Fähigkeiten zur Ausübung des Berufs⁹, dezidierte Beschreibungen des geburtshilflichen Handlungsfeldes der Hebamme inklusive der Beschreibung der von Hebammen ausgeführten operativen und gynäkologischen Eingriffe (vgl. Diepgen 1937

⁸ „Von meiner Hebammenkunst nun gilt im Übrigen alles, was von der ihren [Hebammen] gilt; sie unterscheidet sich aber dadurch, daß sie Männern Geburtshilfe leistet und nicht Frauen, und daß sie für deren gebärende Seele Sorge trägt und nicht für Leiber. Das größte aber an der Kunst ist dies: daß sie im Stande ist zu prüfen, ob die Seele eines jungen Mannes Mißgestaltet und Falsches zu gebären im Begriff ist oder Lebensfähiges und Echtes“ (1979). Theaitet Platon F. S.-R. u. N. v. R. Thurow. Frankfurt am Main, Insel-Verlag. 1. Aufl. S. 24

Vergleiche hierzu auch:

„Meine Hebammenkunst gleicht der ihren; mit dem einzigen Unterschied, dass meine Patienten Männer sind, nicht Frauen und meine Sorge nicht dem Leib gilt, sondern der Seele, die in Geburtswehen liegt. Der Gipfel meiner Kunst besteht in der Macht, zu beweisen, ob das Erzeugnis der Gedankenarbeit eines jungen Mannes ein falsches Phänomen oder von Leben und Wahrheit erfüllt ist. Ich gleiche insofern einer Hebamme, als dass ich nicht selbst Weisheit gebären kann, und der geläufige Vorwurf trifft zu, nämlich dass ich wohl Anderer hinterfragen kann, selbst jedoch ans Licht bringe, weil in mir keine Weisheit ist. Der Grund dafür: der Himmel zwingt mich, als Hebamme zu wirken, hat mich jedoch vom Gebären ausgeschlossen: Aus mir selbst kommt also keinerlei Weisheit, noch wurde je eine Entdeckung als Kind meiner Seele geboren.“ (Conford, 1946, S. 26):

⁹ Laut Soranus, muss eine Hebamme das ganze Gebiet der praktischen Medizin übersehen, da sie in der Lage sein muss die „Zusammenhänge des Allgemeinen mit den Einzelsymptomen zu erfassen“. Sie „...soll des Schreibens und Lesens kundig sein..“, um wissenschaftliche Literatur aufzunehmen, muss „...Mitgefühl und Kaltblütigkeit in schweren Situationen, Fleiß und Zuverlässigkeit, Verschwiegenheit und Sorgfalt im Handeln...“ haben, unbestechlich gegenüber dem Ansinnen der „Fruchtabtreibung“, „Mäßigkeit im Alkoholenuss“ und „... Freiheit von Aberglaube und religiöser Bigotterie, durch die sie zu schädlichen Maßnahmen oder Unterlassung verführt werden könnte...“. Die Berufsausübung bedarf der Gesundheit und körperlichen Widerstandskraft, die Sinnesorgane müssen scharf entwickelt sein- „lange, schmale Finger sind ein Vorzug“. Im Gegensatz zu Sokrates, der angibt, dass eine Hebamme über das gebärfähige Alter hinweg sein und selbst geboren haben muss, verweist Soranus allein auf das Alter der Hebamme. Diepgen, P., Ed. (1937). Die Frauenheilkunde der Alten Welt. Handbuch der Gynäkologie- Geschichte der Frauenheilkunde. München, Bergmann- Verlag. S. 307-308.

S. 306). In diesem Zusammenhang verweist Diepgen in seinem Buch zur Geschichte der Frauenheilkunde in der Alten Welt auf die Bedeutung der Hebamme im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, bevor die Frauenheilkunde eine medizinisch hauptsächlich männlich verantwortete Disziplin wurde¹⁰.

“Nicht das Schamgefühl, sondern die weibliche Erfahrung haben die Anfänge der Frauenheilkunde in die Hände von Frauen gelegt“

(Diepgen 1937 S. 35)

Aus diesem historischen Verständnis von der autonomen Primärversorgerin, die, bereits vor Entstehung der Medizin als eine wissenschaftliche Disziplin, ihren gesellschaftlichen Auftrag der Begleitung von Frauen in der reproduktiven Phase ihres Lebens nachkam, leitet sich bis in die heutige Zeit das Selbstverständnis des modernen Hebammenwesens ab. Dieses als hochtradiertes Frauen-Frauen-Heilhandeln beschriebene Arbeitsfeld sowie das Selbstverständnis der Berufsgruppe, zeigen sich bis heute in den internationalen Berufsbezeichnungen. So leitet sich aus dem Althochdeutschen „Hev(i)anna“, der Ahnin, die das Neugeborene emporhebt, der Begriff der Hebamme für den deutschsprachigen Raum ab (www.enzyklo.de Zugriff 30.10.2012). Die Bezeichnung „Sage-Femme“ im Französischen und „Verloskundige“¹¹ im Niederländischen weisen auf Wissen und Weisheit der Hebamme hin, während der englischsprachige Begriff „Midwife“ das partnerschaftliche Arbeiten mit Frauen betont (vgl. Widmark, Tishelman et al. 1998 S. 533; vgl. Hunter 2002 S. 650).

Der Internationale Dachverband der Hebammen (ICM) verabschiedete 1993 (vgl. ICM Core Documents www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011) aufbauend auf den Konzepten „Achtung der Persönlichkeit der Frau“, „Gerechtigkeit für alle Menschen“, „gleicher Zugang zur

¹⁰ Die Geburtshilfe gehörte noch in der römischen und griechischen Antike nicht zur Ausbildung akademischer Mediziner. Vgl. Amberg, S. (2010). Hebammenordnungen in deutschen Städten um 1500, GRIN Verlag.

¹¹ Der Begriff „Verloskundige“ weist zum einen auf das Expertentum hin („Kundige“) und auf die Person, die das Kind aus der Frau „löst“ („verlos“), sie also von ihm entbindet. (Mündliche Übersetzung)

Gesundheitsbetreuung für alle“, „Vertrauen und Würde aller Mitglieder der Gesellschaft“ (Bryar 2003 S. 137) einen in Hebammenkreisen weltweit anerkannten Kodex. Das in den ICM Core-Documents beschriebene Betreuungsmodell (vgl. Tabelle 1) gibt dabei Auskunft über die Ansprüche der Berufsgruppe an das eigene Handeln und das der Arbeit mit Frauen zugrundeliegende Denken (vgl. ICM Core Documents www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011): Die Wertschätzung der Geburt als Prozess, der für Frauen, Familien und Gesellschaft von großer Bedeutung ist, wird als ein physiologisches Geschehen betrachtet, durch das es gilt, Frauen partnerschaftlich und der Situation entsprechend interventionsarm zu begleiten. Ziel ist die Stärkung der Frau in der Übernahme der Verantwortung für ihren eigenen Körper und die Gesundheit ihrer Familie. Hebammen haben in ihrer Arbeit „...Glauben und Vertrauen in und Respekt vor Frauen und ihrer Fähigkeit, zu gebären“ (vgl. Nr. 7 „Philosophie und Modell der Hebammenbetreuung“) verinnerlicht und sehen die Frau als mündige Partnerin, der die Hebamme als geeignetste Begleiterin rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit zur Seite gestellt ist. Aus der Philosophie des Hebammenwesens leitet sich ein Modell der Hebammenbetreuung ab, das auf die Stärkung, Sicherung und Unterstützung der „reproduktiven Rechte“ (vgl. Nr. 18 „Philosophie und Modell der Hebammenbetreuung“) von Frauen ausgerichtet ist. Das Hebammenhandeln geschieht unter Beachtung ethnischer und kultureller Unterschiede und ist gekennzeichnet durch gegenseitiges Vertrauen und Respekt. Ziel ist die Stärkung des Selbstvertrauens von Frauen in ihrer Gebärfähigkeit. Hebammenbetreuung, verstanden als aktiver, vorausschauender und flexibler Prozess, dient der Förderung und des Schutzes des Wohlbefindens von Frauen und ist auf die Steigerung des Gesundheitszustandes von Kindern gerichtet.

Tabelle 1 Philosophie und Modell der Hebammenbetreuung

(Deutsche Übersetzung durch den BDH, 2006/ Angenommen vom Rat des ICM 2005) (vgl. ICM Core Documents www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011)

Statement of Belief:

Als Hebammen wissen wir:

1. Der Prozess der Geburt ist eine tiefgründige Erfahrung mit großer Bedeutung für die Frau, ihre Familie und die Gemeinschaft.
2. Die Geburt ist ein normaler, physiologischer Prozess.
3. Hebammen sind die geeignetsten Betreuungspersonen, um Frauen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu begleiten.
4. Hebammenbetreuung befähigt Frauen, Verantwortung für ihre eigenen Gesundheit und die ihrer Familie zu übernehmen.
5. Hebammenbetreuung erfolgt in Partnerschaft mit Frauen, ist persönlich, kontinuierlich und antiautoritär.
6. Hebammenbetreuung verbindet Kunst und Wissenschaft. Hebammenbetreuung ist von Natur aus ganzheitlich, respektiert die sozialen, emotionalen, kulturellen, spirituellen, psychologischen und körperlichen Erfahrungen von Frauen und ist evidenzbasiert.
7. Hebammen haben Glauben und Vertrauen in, und Respekt vor Frauen und ihrer Fähigkeit zu gebären.
8. Die Frau selbst ist die erste Entscheidungsträgerin bezüglich ihrer Betreuung und hat ein Recht auf alle Informationen, die ihre Fähigkeit zur Entscheidungsfindung steigern.

Daraus resultiert:

1. Hebammenbetreuung stärkt, sichert und unterstützt die reproduktiven Rechte von Frauen und respektiert ethnische und kulturelle Unterschiede.
2. Die Arbeit von Hebammen fördert und befürwortet den Verzicht auf Interventionen beim normalen Geburtsprozess.
3. Hebammenarbeit stärkt das Selbstvertrauen der Frauen bezüglich ihrer Fähigkeit, zu gebären.
4. Hebammen nutzen technische Hilfsmittel angemessen und ziehen zeitnah unterstützende Hilfe bei auftretenden Problemen hinzu.

5. Hebammen bieten eine vorausschauende und flexible Betreuung.
6. Hebammen versorgen Frauen mit geeigneten Informationen und beraten in der Art, dass Beteiligung gefördert und eine informierte Entscheidungsfindung erleichtert wird.
7. Hebammenbetreuung ist gekennzeichnet durch Vertrauen und gegenseitigen Respekt zwischen Hebamme und Frau.
8. Hebammenbetreuung fördert und schützt aktiv das Wohlbefinden der Frauen und steigert den Gesundheitszustand des Kindes.

Das Bewusstsein um die Bedeutung der eigenen Arbeit im berufsgenuinen Feld des Frauen-Frauen-Heil-Handelns¹² zeigt sich in den beschriebenen Dokumenten des Internationalen Dachverbandes. Der Hinweis auf die Wurzeln der Hebammenkunde im „Urwissen und in alten Philosophien“ (vgl. ICM Statement Übersetzung DHV "Hebamme: ein autonomer Beruf" www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011; www.Hebammenverband.de Zugriff 09.08.2011) steht gleichermaßen als Beispiel für die Überzeugung von der Bedeutung der tradierten Auffassungen für den Berufsstand bis in heutige Zeit. Die nicht weiter in den ICM Core Dokumenten ausgeführten Beschreibungen zu Philosophien und „Ur-Wissen“ der Hebammentätigkeit legen die Annahme eines Verständnisses nahe, dass von einer wie auch immer theoriegeleiteten Praxisausübung ausgeht, die jedoch weder eine Darlegung erfährt noch im wissenschaftlichen Sinne nachvollziehbar ist.

Die Bedeutung der von den Hebammen gepflegten und nach außen hin transportierten Grundwerte für das Überdauern der Berufsgruppe im Laufe der Zeit, wird deutlich am Wandel der gesellschaftlichen Auffassung zu Geburt und Familiarität. So bedarf die Orientierung der heutigen Gesellschaft am Risikoprinzip der modernen Medizin, die sich u. a. in einem hohen technischen Aufwand der Geburtsbegleitung niederschlägt, der deutlichen Abgrenzung gegenüber anderer Professionen und

¹² Stichweh verweist im Zusammenhang mit Professionen auf eine von Haber 1991 aufgestellte These, die die Bedeutung der Professionen im Tradieren und Erhalten vormoderner Werte und Praktiken sieht. Vgl. Stichweh, R. (2006) "Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft."

Berufsgruppen, die das Praxisfeld des Hebammenwesens tangieren. Dabei legen die Ausführungen die Annahme von der Konstitution des Hebammenwesens über Frauengesundheit in Abgrenzung zur Medizin nahe. Die Wertevorstellungen der Geburt als einen physiologischen Prozess, den Glauben an das Gebärfähigkeit von Frauen und die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Frauen mit dem Ziel der Gesundheitsförderung, sind bis heute Axiome des Hebammenwesens, aus dem sich der Anspruch an eine hebammengeführte Geburtshilfe ableitet, die Interventionen reflektiert im Sinne des physiologischen Geburtsprozesses einsetzt und sich damit vom risikobehafteten und interventionsreichen Verständnis des medizinischen Modells abgrenzt.¹³

2.2. Gesellschaftliche Erwartungen und normative Vorgaben an das Hebammenwesen am Beispiel Deutschlands

Das Hebammenwesen steht von jeher im Spannungsbogen zwischen Tradition und Moderne und damit in Abhängigkeit der im Verlauf der unterschiedlichen Epochen divergierenden gesellschaftlichen Erwartungen an das Handeln von Hebammen.

Das Territorium der Geburt (vgl. Ensel 1996 S. 12; vgl. Friesacher 2008 S. 107) ist spätestens seit dem 10. Jahrhundert ein von den unterschiedlichen Berufsgruppen umkämpftes Feld.¹⁴ Stadlober-Degwerth spricht in diesem Zusammenhang von der Geschichte der Geburtshilfe als einer „vielfältige[n] Geschichte der kulturellen Ordnungen und sozialen Praktiken“ (vgl. Stadlober-Degwerth 2008 S.5). Aus Sicht der medizinkritischen Forschung, die vor dem Hintergrund des feministischen Diskurses und Foucaults

¹³ In dem von ihr veröffentlichten Hebammen-Lehrbuch unternimmt Silverton folgende Praxisdifferenzierung der beiden handelnden Berufsgruppen in der Geburtshilfe: „The essential difference between doctors and midwives is apparent in the passivity of a midwife caring for a labouring woman. The midwife will watch, wait, observe for problems and support the women as required. The doctor however feels impelled to justify his presence by doing something, most commonly by intervening in the labour“ Silverton, L. (1993). "The art and science of midwifery."

¹⁴ Ein Feld, das bislang vorrangig von Seiten der Sozial- und Kulturgeschichte untersucht wurde und die Perspektiven der unterschiedlichen Akteure beleuchtet. Vgl. Stadlober-Degwerth, M. (2008). (Un)Heimliche Niederkunften-Geburtshilfe zwischen Hebammenkunst und medizinischer Wissenschaft, Böhlau.

Diskurs zur Medikalisierung der Gesellschaft geführt wird (vgl. Friesacher 2008 S. 107), wird „die Entwicklung der Geburtshilfe als eine Geschichte von Macht interpretiert, die ihren Trägern, den akademisierten Ärzten, Ruhm und Anerkennung verschafft“ (Stadlober-Degwerth 2008 S. 3). De Facto veränderte der Zugang männlicher Ärzte zur Geburtshilfe durch die Herausbildung der Medizin als akademische Disziplin und des „Accouchement“, als Spezialfach der Medizin, die bis dato in Hebammenhänden befindliche Geburtshilfe und Frauenmedizin maßgeblich (Metz-Becker 1999 S. 27; vgl. Loytved 2002 S. 13; vgl. Stadlober-Degwerth 2008 S. 1). Viel früher jedoch nimmt die wirtschaftliche und politische Monopolisierung der Medizin Einfluss auf das Hebammenwesen und auf die von ihr ausgeübte Geburtshilfe (vgl. Ehrenreich and English 1975 S. 7).¹⁵ Sie zeigt sich u. a. in den Hebammenordnungen des Mittelalters, die ein Beispiel für das Maß der Einflussnahme von Medizin und gesellschaftlicher Neuorientierung auf die Rolle und Praxis der bis dahin unabhängig arbeitenden Hebammen sind.¹⁶ Ihr Entstehungszeitpunkt fällt in eine Epoche, in der das Gesundheitswesen beginnt, von der Berufsgruppe der Ärzte dominiert zu werden, deren aufstrebende Macht sich weniger über ihren wissenschaftlichen Fortschritt als mit der Übernahme der Kontrollfunktion im Gesundheitswesen erklären lässt (vgl. Amberg 2010).¹⁷ So dienten die federführend von Ärzten erstellten Hebammenordnungen der Regelung von

¹⁵ Die wirtschaftliche und politische Monopolisierung der Medizin durch Übernahme der Kontrollfunktionen der Institutionen, Praktiken, Theorien und Profit stehen für Ehrenreich und English gleichbedeutend mit dem Herrschaftsanspruch der Disziplin über „Leben und Tod“, „fruchtbar und unfruchtbar“ sowie „normal und verrückt“. Vgl. Ehrenreich, B. and D. English (1975). *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern*. München, Verlag Frauenoffensive. S. 7

¹⁶ Bereits ab dem 10. Jahrhundert existieren schriftliche Belege unabhängiger Hebammenarbeit in Deutschland, jedoch stehen die Hebammenordnungen des Mittelalters für den Beginn des organisierten Hebammenwesens. Vgl. Amberg, S. (2010). *Hebammenordnungen in deutschen Städten um 1500*, GRIN Verlag. S. 3

¹⁷ Die Autorin Amberg weist in ihrem Buch zu den „Hebammenordnungen deutscher Städte ab 1500“ darauf hin, dass die Hebammenordnungen des Mittelalters als Festigung des „Monopol- und Kontrollanspruch[s]“ von Ärzten nicht nur gegen Hebammen, sondern auch gegen „andere nicht akademische Heilberufe“ verstanden werden müssen und nicht feministischen Theorien entsprechen, als Teil des Geschlechterkampfes zu werten sind (ibid. S.72). Ihr Entstehungshintergrund muss im Kontext der unterschiedlichsten Verordnungen gesehen werden, die der Herstellung der bürokratischen Ordnung, durch Unterstellung einzelner Berufsgruppen (Hebammen, Henker, Büttel, Ärzte, Apotheker usw.) unter den Stadtrat, zur Sicherstellung des Gemeinwohls, dienten. Vgl. Ibid.

Rechten und Pflichten städtischer Hebammen sowie deren medizinischer Kontrolle¹⁸ und dienten zugleich dem Schutz von Schwangeren. Gleichzeitig dokumentieren sie den Einfluss sich verändernder gesellschaftlicher Wertvorstellungen auf die Rolle und Praxis städtischer Hebammen. Beispielweise wird die Verlagerung ihrer Schwerpunktsetzung von organisatorischen und medizinischen Aspekten auf moralische Vorschriften (vgl. Amberg 2010 S. 60) auf den Einfluss der Reformation zurückgeführt. So wurden Hebammen zunehmend auf ihre sittliche Lebensführung hin überprüft, waren verantwortlich für das Seelenheil von Kindern und mussten Abtreibungen und uneheliche Geburten melden. Die Ausbreitung des reformatorischen Gedankenguts im Gebiet des heutigen Deutschlands, die u. a. dazu führte, dass der Ehebruch in weltliche Gesetze überführt wurde, die die Bestrafung nicht nur des Ehebruches der Frau sondern auch des Mannes regelten, führte in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts dazu, dass die Verpflichtung zur Meldung „illegitimer Geburten“ mit Anzeige des Namens der Eltern, durch die Hebamme allgemein fester Bestandteil der Hebammenordnungen wurde (vgl. Amberg 2010 S. 62). Als populäres aber außerhalb der Sozialwissenschaften kritisch diskutiertes Beispiel¹⁹ für den Einfluss der Staatsräson auf das Hebammenwesen gilt die These von Heinsohn und Steiger (Heinsohn and Steiger 1987) zur europäischen Bevölkerungsexplosion im ausgehenden Mittelalter. In Zeiten von Missernten und Pest verstehen die beiden Sozialwissenschaftler die Hexenprozesse als eine Maßnahme zur

¹⁸ Die bürokratische Unterstellung von Hebammen unter den Schutz des Rates durch die Hebammenordnungen sicherte den Hebammen nicht nur die Möglichkeit ihre Rechte einzuklagen, sondern sie diente zudem der finanziellen Absicherung durch Festlegung der Besoldung. Ibid.S. 60

¹⁹ Es existiert eine Vielzahl an Publikationen, die die These aus den unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten und diskutieren. Eine eindeutige Widerlegung konnte im Verlauf der Recherche zum Thema jedoch nicht identifiziert werden.

Vergleiche hierzu auch Loytved, die in diesem Zusammenhang Loetz (Loetz 1993 S. 317) zitiert, der die oben genannten Theorien als Verschwörungstheorien zur Zivilisierung der Menschheit belächelt. Vgl. Loytved, C. (2002). Hebammen und ihre Lehrer - Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730 - 1850), Univ.-Verl. Rasch. S. 36

Vergleiche hierzu auch Leisentritt, S. (2009). "Die Vernichtung der Weisen Frauen" - Realität oder Fehlinterpretation?", from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201009117439>.

Verfolgung staatlicher Zweckinteressen durch Ausrottung der Hebammen als Wissensträgerinnen zur Geburtenkontrolle.²⁰

Die Geburtshilfe, als historisches Phänomen betrachtet, erlaubt retrospektiv die Einsortierung der unterschiedlichen Entwicklungsstränge aus der Perspektive der beteiligten Akteure. Dabei wird aus kulturwissenschaftlicher Sicht die Übernahme der Geburtshilfe durch die Medizin als „Teil eines zwangsläufigen Prozesses der Verwissenschaftlichung der modernen Welt dargestellt...“ (Stadlober-Degwerth 2008 S. 3), die mit der Entstehung einer neuen Ordnung einhergeht. Die gesellschaftliche Neu-Orientierung am medizinischen Modell und seines Risikoprinzips bewirken einschneidende Veränderungen in der Kultur des Gebärens. Risiken sind nicht neu für Gesellschaften, aber ihre Bewertung und der Umgang mit ihnen variiert in Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Verfassung (vgl. Weingart 2003 S. 10). Während frühe Gesellschaften Risiken als natürliche Gefahren der Umwelt sahen und entsprechend ihres Auftretens behandelten, orientieren sich moderne Gesellschaften an der Möglichkeit zur Absicherung eines abschätzbaren Risikos im Vorfeld. Risiken werden so regierbar (vgl. Friesacher 2008 S. 116).²¹ Eine die, Prozesse rund um die reproduktive Phase als kritisch und risikobehaftet erlebende moderne Gesellschaft, findet sich in einem „biomechanischen geburtshilflichen Modell“ wieder, das sich durch einen hohen technischen Aufwand der Geburtsbegleitung wie z. B. Geburtseinleitung, Einsatz von Wehen fördernden Medikamenten,

²⁰ Die Autoren belegen ihre in Fachkreisen kontrovers diskutierte These auf Basis ihrer Untersuchungen zur europäischen Bevölkerungsentwicklung und dem Zusammenhang zwischen dem Schwinden des Verhütungswissens, der Hexenverfolgung und der Bevölkerungsexplosion ab dem ausgehenden Mittelalter. Sie sehen die Hexenprozesse als ein Nebenprodukt der Geburtenkontrollbekämpfung mit dem Ziel der Obrigkeit (Regierung und Kirche), in Zeiten von Seuchen und Missernten mehr Kinder aus Frauen „[...] herauszuholen, als diese eigenverantwortlich gebären würden“ (Heinsohn and Steiger 1987 S. 13) und dadurch dem Mangel an Arbeitskräften entgegenzuwirken.

Vgl. Heinsohn, G. and O. Steiger (1987). Die Vernichtung der Weisen Frauen: Hexenverfolgung, Kinderwelten, Menschenproduktion, Bevölkerungswissenschaft, Heyne.

²¹ Friesacher konzentriert sich in seinen Auslegungen auf das Konzept der Gouvernamentalität M. Foucaults. Der Risikobegriff wird in diesem Verständnis als pluraler und heterogener Begriff verstanden, der sich durch Regelmäßigkeit, Berechnung und Wahrscheinlichkeiten und damit eher als „Normalität von Risiken“ bezeichnen lässt und nicht als Ausnahme und Gefahr.

Vgl. Friesacher, H. (2008). Theorie und Praxis pflegerischen Handelns - Pflegewissenschaft und Pflegebildung. R. H. Göttingen, V&R unipress. S. 16

routinemäßige Episiotomien sowie einer hohen Sectorate²² usw. auszeichnet (vgl. Zoege 2004 S. 53).

Das moderne Hebammenwesen, dessen tradierte Überzeugungen sich über das Verständnis von der reproduktiven Phase als biographisch bedeutsame aber grundsätzlich natürlichen Lebensphase identifiziert, steht in der heutigen Zeit einer Gesellschaft gegenüber, die zunehmend die Prozesse rund um Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und frühe Kindheit als risikobehaftet erlebt.²³ Die aus dem Risikomodell geborenen Anforderungen, wie beispielsweise der aus der Pränataldiagnostik resultierende Zwang zur Entscheidung, werden von dem Einzelnen als neue Risiken wahrgenommen, die zur Belastung führen.²⁴ Sinkende Geburtenzahlen, Anstieg der Sectorate bei Zunahme der Anzahl sogenannter Wunschkaiserschnitte (medizinisch nicht indizierte Kaiserschnitte), Zunahme künstlicher Befruchtungen, vermehrte „späte Elternschaft“ und wandelnde Familienbiografien sind u. a. Themengebiete, die das moderne Hebammenwesen in industrialisierten Gesellschaften bestimmen.

Die Gesetzestexte der Gegenwart zeigen, ebenso wie die Regelwerke der Vergangenheit, die Erwartungsstrukturen der Gesellschaft an das Hebammenhandeln auf und weisen auf die sich wandelnde sozialpolitische

²² Die WHO geht in ihrem 1985 veröffentlichten Bericht zur normalen Geburt davon aus, dass es keine Rechtfertigung für eine Sectorate von über 10-15% gibt. Vgl. Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, WHO 1985

Die Statistischen Bundesämter zeigen für Deutschland und Österreich ab dem Jahr 2009 bereits eine Sectorate von über 30% auf. In Deutschland hat sich mit einer Sectorate von 32,1% die Anzahl von Kaiserschnitten seit 1992 verdoppelt. Vgl. Pressemitteilung Nr. 365 Destatis vom 18.10.2012

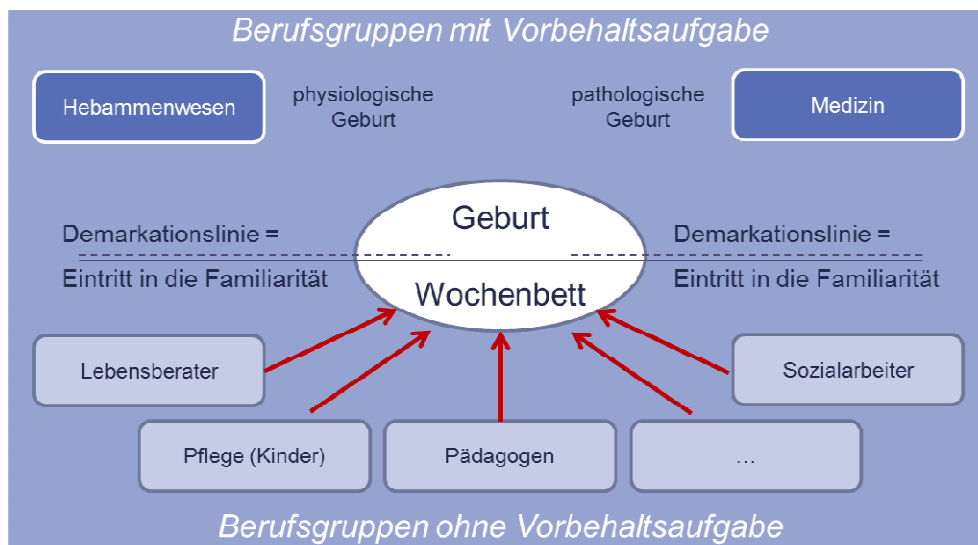
²³ Bereits 2004 wird laut ärztlicher Mutterschaftsvorsorge eine überwiegende Mehrheit an Frauen als Risikoschwangere definiert. Vgl. Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs- Anforderungen an die Ausbildung, Huber. S. 51

Schwarz und Schücking belegen in ihrer Untersuchung zur normalen Geburt, die Normalität der Risikoschwangerschaft. Vgl. Schwarz, C. and B. Schücking (2004). Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts, Dr. med. Mabuse. Nr. 148 S. 22-25.

²⁴ Auf Grund der aus medizinischer Indikation zeitlich unbegrenzten Möglichkeit zur Abortio geht es nicht nur um nicht-lebensfähige Kinder, sondern auch um lebensfähige Kinder. Zoege spricht in ihrem Beitrag zur Professionalisierung von Hebammen von der Aufgabe der Begleitung in der Schwangerschaft, „wenn Frauen verunsichert und nicht mehr nur „guter Hoffnung“ sind“. Zoege, M. (2004). Die Professionalisierung des Hebammenberufs- Anforderungen an die Ausbildung, Huber. S. 51.

Dimension des Berufes hin (z. B. Einführung der „Familienhebamme“ in der Begleitung belasteter Familien mit dem gesellschaftlichen Auftrag der Kontrolle und Normierung). Die Hebamme als Begleiterin von Frauen und ihren Familien in Familiarität, erfährt in den aktuellen Gesetzestexten neben der medizinischen und sozialen Definition, die professionsbezogene Darstellung über die Nennung der Vorbehaltsaufgabe der physiologischen Geburtshilfe. Die gesetzliche Festlegung des autonomen Handlungsfelds, der Charakteristika des Tätigkeitsbereiches und die Festlegung der Vorbehaltsaufgaben verweisen auf das unabhängige Handeln von Primärversorgerinnen in einem originär von Hebammen und Ärzten belegten Praxisfeld. Die gesetzlich geschützte Vorbehaltsaufgabe der physiologischen Geburt ist dabei ein Teil des Aufgabenspektrums von Hebammen, deren Tätigkeitsbereich zunehmende Überschneidung mit dem weiterer Akteure aufzeigt (vgl. Zoege 2004 S. 34).

Abbildung 1 Praxisfeld des Hebammenwesens



Quelle: eigene Darstellung

Der Gefahr des Abgleitens in eine medizinische Assistenztätigkeit bei zunehmender Sectorrate, der Subsumierung unter Pflege und der Frage, ob man Kinder heute nicht auch ohne Hebamme in die Familiarität bringen kann, sind mit den normativen Regelungen, als Ausdruck gesellschaftlicher Erwartungen an das Hebammenwesen, Grenzen gesetzt. Zudem erfährt

der Aufgabenbereich des Hebammenwesens Bestätigung mit Formulierung der gewandelten gesellschaftlichen Sichtweise zum Schutz von Kindern.²⁵

Die Tätigkeit der Hebamme ist in Deutschland eine gesetzlich geregelte Versorgungsleistung im Gesundheitswesen. Als Mitgliedsstaat der Europäischen Union akzeptiert die Bundesrepublik die von der europäischen Legislative festgelegten Richtlinien 80/154/EWG und 80/155/EWG vom 21. Januar 1980, die neben der Berufsbezeichnung, Art und Inhalt von Mindestanforderungen an einen akzeptablen Ausbildungsgang für Hebammen beschreiben.²⁶ Auf nationaler Ebene erfolgt die Umsetzung über das Hebammengesetz (HebG) von 1985 (zuletzt geändert 2011) (1985), die Hebammen-Landesgesetze und über die Berufsordnungen der einzelnen Länder. Während das HebG sowie die Landeshebbammengesetze und Berufsordnungen der Regelung zentraler Belange der Berufsgruppe dienen, regelt der 2007 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammenverbänden abgeschlossenen „Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V“ die Vergütungshöhe der dort beschriebenen Leistungen. Spätestens mit diesem Vertrag und der Überführung vom 1.11. 2012 in das SGB V, ist die gesellschaftliche Forderung nach „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität“ (Großkopf 2001 S. 600, §135a SGB V) der erbrachten Leistungen, die Forderung nach wissenschaftsbasierter Fundierung der Versorgungsangebote (Großkopf 2001 S. 600, §135a SGB V)²⁷ und die Verpflichtung der evidenzbasierten Grundlegung für das Hebammenhandeln bindend.

²⁵ Die von der Bundesregierung initiierten Einrichtung „Frühe Hilfen“ beschreibt die Hebamme als Expertin im Bereich der Primärprävention sowie in Form der Familienhebamme als Expertin im Bereich der Sekundärprävention. Vgl. Ziegenhain, U., A. Schöllhorn, et al. (2010). Guter Start ins Kinderleben - Werkbuch Vernetzung. N. Z. F. Hilfen. Ulm, Süddeutsche Verlagsgesellschaft Ulm. 1. Auflage.

²⁶ Das rechtliche Handlungsinstrumentarium der EU umfasst Verordnungen, Entscheidungen, Empfehlungen und Richtlinien. Eine Richtlinie legt die Rechtsgrundsätze fest, überlässt es jedoch den einzelnen Mitgliedsstaaten, sie durch ihre nationale Gesetzgebung umzusetzen. Vgl. Wallace, M. and A. Fawcett-Henesy (2001). Europäische-Union-Standards für Pflegende und Hebammen Information für EU-Beitrittsländer ; Programm Pflege- und Hebammenwesen. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa. S. 2

²⁷ Vergleiche hierzu § 70 SGB V zur Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit, mit der Verpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen

Die in den Gesetzestexten formulierte Forderung der Gesellschaft an die Versorgung durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und frühe Kindheit, die Forderung Hebammenleistungen auf eine begründbare Wissensgrundlage zu stellen sowie die Dialektik des Entscheidungs- und Begründungszusammenhangs im professionellen Handeln von Hebammen (vgl. Weidner 1995 S. 51), setzt die Ausstattung von Hebammen mit wissenschaftlichen Kompetenzen voraus. Der begonnene Akademisierungsprozess versteht sich zum einen als die Manifestation der gesellschaftlichen Erwartungsstruktur an das professionelle Handeln von Hebammen und verweist zum anderen auf die Forderung, generiertes Wissen zum Nutzen der Gesellschaft zur Verfügung zu stellen. Diesen Qualitätsforderungen sowie der Vorbehaltsaufgabe „physiologische Geburt“ diametral entgegengesetzt steht der von der Gesellschaft bislang verweigerte Nachteilsausgleich für die in § 6 (4) des „Vertrag[es] über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V“ (vgl. Berufsverbände der Hebammen und Spitzenverbände der Krankenkassen Stand 01.08.2007). Die Nichtreaktion seitens der Gesellschaft auf den Anstieg von Versicherungsprämien tangiert in einem hohen Maße eine Berufsgruppe, deren Kernidentität sich über den klinischen Geburtsakt abbildet. So bestätigt die 2012 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte IGES Studie (Albrecht, Loos et al. 2012) den mit Erhöhung der Versicherungsprämien einhergehenden Trend, der einen Rückgang geburtshilflich arbeitender freiberuflicher Hebammen aufzeigt. Gleichzeitig zeichnet sich ein Anstieg der Inanspruchnahme von Hebammen-Versorgungsleistungen ab. Ein fehlender Nachteilsausgleich durch adäquate Anhebung der Gebührenpositionen der HebGV führt in Deutschland nicht nur zu einer eingeschränkten freien Wahl des Geburtsortes der einzelnen Frauen und

Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“

sowie

§135 zur Verpflichtung der Qualitätssicherung durch Leistungsangebote die dem „jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen“

Vgl. Großkopf, V. (2001). Vorschriften für das Gesundheitswesen - EU-Richtlinien, Gesetze und Verordnungen ; [mit einer erläuternden Einführung des Herausgebers und den Änderungen des SGB XI zum 1.1.2002 durch das PQsG sowie die Heimrechtsnovelle], Luchterhand. Neuwied [u.a.].

ihrer Familien, sondern wird in zunehmendem Maße Einfluss auf die Versorgung der Gesellschaft durch Hebammen nehmen.

2.3. Akademisierung des Hebammenwesens - der Prozess der Verwissenschaftlichung

Die Professionalisierungs-Debatte, die den Prozess der Akademisierung und der damit verbundenen wissenschaftlichen Disziplinbildung aufgreift (vgl. Siebolds 2000; Zoege 2004 S. 209), zeichnet den Verlauf für die Berufe des Gesundheitswesens nach. Dabei weisen die USA mit den seit 1910 existierenden grundständigen Pflege-Studiengängen weltweit die längste Tradition pflegerischer Bildungsgänge auf akademischem Niveau vor und verfügen damit über den kontinuierlichsten wissenschaftlichen Diskurs (vgl. Seidl 1993 S. 15).

Für den Bereich des Hebammenwesens erklären sich die verschiedenen internationalen Ausbildungsmodelle über die variierende historische Entwicklung der Berufsgruppe in den einzelnen Ländern sowie deren divergierende gesellschaftliche Bedarfe.²⁸ Während in Europa, und hier insbesondere im deutschsprachigen Raum, das Hebammenwesen auf eine jahrhundertalte Tradition als Berufsgruppe mit geregelter Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zurück blickt²⁹ (vgl. Metz-Becker 1999 S. 23; vgl. Hilpert 2002 S. 21), reagierten 1925 die USA mit einem ersten Ausbildungsmodell für Hebammen auf die geburtshilfliche Versorgungslage, die bis zu diesem Zeitpunkt jeweils zur Hälfte in den Händen unausgebildeter Frauen und Hausärzten lag (vgl. Stone 2000).³⁰ Das auf Hochschulebene verortete

²⁸ In United Kingdom (UK) erfolgt die Anhebung der Hebammenausbildung auf Hochschulebene als Folge des aus den Jahren 1991-1993 stammenden Changing Childbirth Reports der britischen Regierung. Sie greift die Forderungen des Winterton Reports des britischen Unterhauses auf, der neben Betreuungskontinuität die Anwendung wissenschaftlicher Evidenz in der Hebammenpraxis fordert. Vgl. Bryar, R. (2003). Theorie und Hebammenpraxis, Huber. S. 18/19

²⁹ Bis ins Mittelalter erfolgte die Ausbildung in einem Lehrerinnen und Lehrtochterverhältnis. In Mainz beispielweise ist ein vor Ärzten abgelegtes Hebammenexamen ab 1588 belegt. Vgl. Hilpert, C. (2002). Mainzer Hebammen in früheren Jahrhunderten - Frauengesundheit. Mainz, Stadt Mainz, Frauenbüro. S. 21

³⁰ Bryar verweist in diesem Zusammenhang auf Wiedenbach von 1969, die auf die negative Konnotation des Begriffes Midwife im US-amerikanischen Sprachraum hinweist, mit dem umgangssprachlich die Arbeit einer

US-amerikanische Modell zur Certified Nurse- Midwife (CNM) baut dabei auf einem Abschluss im Bereich der Pflege auf. Mit einem Statement von 1978 weist der ACNM als US- amerikanischer Dachverband der CNM darauf hin, dass es sich bei der CNM nicht um eine spezielle Fachrichtung der Pflege handelt, sondern um eine eigenständige Berufsgruppe, die in beiden Disziplinen ausgebildet ist (vgl. Stone 2000). In Deutschland handelt es sich dagegen bei der Hebamme um einen von Anfang an eigenständigen Beruf, der sich aufgrund der gesetzlich festgeschriebenen Handlungsautonomie nicht unter den Beruf der Pflege subsumieren lässt und auf Grund der Berufstradition von einer „prinzipiellen Gleichrangigkeit gegenüber Ärzten geprägt ist“ (Wissenschaftsrat 2012 S. 43). Die Ausbildung erfolgt bis heute hauptsächlich in Berufsfachschulen, die sich für die theoretische und praktische Ausbildung verantwortlich zeigen. Auf Grund der fehlenden Möglichkeit der Akademisierung im eigenen Fach in Deutschland, nutzten die an Berufsfachschulen ausgebildeten Hebammen mit Hochschulzugangsberechtigung ab Mitte der 1990er Jahre vermehrt die sich etablierenden pflegewissenschaftlichen Studiengänge zur Erlangung eines akademischen Abschlusses im Bereich der Pädagogik oder des Managements. Die aktuell zu beobachtende Eröffnung des tertiären Bildungsbereiches für Angehörige des Hebammenwesens über die Einführung eines eigenen Fachbereiches ist vor dem Hintergrund berufspolitischer Forderungen zur Anpassung der Ausbildung an veränderte Anforderungen und Rahmenbedingungen (vgl. Deutscher Hebammenverband e.V. 2011), den bildungspolitischen Vorgaben der Europäischen Union (EU) sowie den Empfehlungen der Beratergremien der Bundesregierung zu verstehen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007; Wissenschaftsrat 2012). Mit der Entlassung in die Selbstverwaltung von 2007 und den damit verbundenen Gebühren-Verhandlungen mit der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) in Deutschland, steigt der Legitimationsdruck für das Tätigwerden von Hebammen für die Gesellschaft. Aus berufspolitischer Sicht gesehen unterstützt die, mit der Akademisierung einhergehende Verwissenschaftlichung, die Profilbildung des Hebammenwesens durch

„gutmeinenden, doch ungebildeten alten Frau“ verbunden wird. (Wiedenbach 1969 in Bryar, R. (2003). Theorie und Hebammenpraxis, Huber.

Deklaration, Beschreibung und Untersuchung des spezifischen Arbeitsfeldes. Die gesellschaftliche Forderung, Gesundheitsfachberufe, zu denen die Hebammen gerechnet werden, mit wissenschaftlichen Kompetenzen auszustatten und ihnen eine eigene Disziplinbildung zuzusprechen, basiert auf dem Anspruch, dass das von ihnen in der gesellschaftlichen Versorgungsleistung erbrachte professionelle Handeln auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnis reflektiert, kritisch geprüft und angepasst erfolgen soll (§ 2 SGB V). Die Eingliederung des Hebammenwesens in den Hochschulbereich erfolgt über die Herausbildung einer berufsgenuinen wissenschaftlichen Disziplin, die den Auf- und Ausbau einer eigenständigen Forschung beinhaltet.

Die seit 2009 geltende Modellklausel³¹ in der Berufsordnung erlaubt eine Erprobung primärqualifizierender sowie dualer Studiengänge, die, neben der Berufszulassung zur Hebamme, einen akademischen Abschluss vorsehen. Aus berufspolitischer Sicht wird auf Dauer die Überführung der Fachschulausbildung in primärqualifizierende Studiengänge gefordert (vgl. Deutscher Hebammenverband e.V. 2011). Für das Ausbildungsjahr 2009/2010 stehen lt. Einschätzung des Wissenschaftsrates eine Absolventenquote von einem Hochschulabschluss (1) auf fünf Berufsfachschulabschlüsse (5) im Bereich des Hebammenwesens gegenüber (vgl. Wissenschaftsrat 2012 S. 64). Parallel zu den primärqualifizierenden und dualen Studiengängen entwickeln sich in den letzten Jahren additive, rein hebammenspezifische, Bachelor- und Master-Studiengänge, die sich an den Bedürfnissen ausgebildeter Hebammen ausrichten und wissenschaftliche Kompetenzen vermitteln (vgl. Tabelle 2).³² Zum derzeitigen Zeitpunkt werden erste Professuren „Hebammenwissenschaft“ mit promovierten Hebammen besetzt, die auf Grund der bislang fehlenden Promotionsmöglichkeit in der eigenen Disziplin im eigenen Land ihre

³¹ Gesetz über die Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25.09.2009

³² Die ebenso, mit Stand Oktober 2012, auf den Seiten des DHV aufgeführten Hochschulen Stuttgart, Heidenheim, Heidelberg, Mainz sowie Halle- Wittenberg bieten zum momentanen Stand des Wissens keine rein hebammenspezifischen Studiengänge an. Das Studium von Hebammen und Angehöriger anderer Gesundheitsberufe erfolgt gemeinsam in einem Studiengang mit einem auf Gesundheit ausgerichteten akademischen Abschluss (z. B. Universität Heidelberg: BSc Interprofessionelle Gesundheitsversorgung) Vgl. www.dghwi.de/ (Zugriff 14.12.2012).“ Studienmöglichkeiten für Hebammen

Promotion im Ausland oder innerhalb des deutschsprachigen Raums in Bezugsdisziplinen oder angrenzenden Fächern erlangten.

Die mit der Akademisierung und Verwissenschaftlichung einhergehende Zusprache der Methoden- und Theorieentwicklung in einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin ermöglicht eine authentische Diskursführung zum Gegenstand und dient dadurch der Unterschiedsbildung zu Disziplinen des Gesundheits- und Sozialwesens (Profilschärfung). Im internationalen Vergleich zeigt sich die Disziplinentwicklung durch Verortung der Hebammenausbildung auf Hochschulniveau sowie der Beginn von Forschungsaktivität in Deutschland zu einem relativ späten Zeitpunkt. Jedoch ist bereits vor Einrichtung der ersten disziplinspezifischen Studiengänge in Deutschland Forschungsaktivität zum Gegenstand des Hebammenwesens in Form publizierter Ergebnisberichterstattung zu beobachten. Die förderfinanzierten Forschungsverbünde und die zunehmende Anzahl von Forschungspublikationen aus den Reihen von Hebammen sind weitere Anzeichen des voranschreitenden Verwissenschaftlichungs-Prozesses in Deutschland. Von Interesse ist daher die Frage, inwieweit es sich bei der in Deutschland zumindest auf der strukturellen Ebene verorteten Hebammenwissenschaft im Vergleich zur international etablierten Science of Midwifery bereits um eine Wissenschaft handelt oder diese nur diskursiv postuliert ist.

Der aufgeführte Entwicklungsstand lässt darauf schließen, dass in fachwissenschaftlichen und (berufs-) politischen Kreisen die Konstitution einer Hebammenwissenschaft zumindest als in der Umsetzung befindlich diskutiert wird. Im Vorgriff auf die Darstellung der Literaturanalyse lässt sich eine theoriegeleitete, auf eine Konstitution einer Hebammenwissenschaft ausgerichtete Diskussion zu diesem Zeitpunkt nicht erkennen.

Tabelle 2 Studiengänge in der Disziplin Hebammenwissenschaft / Hebammenkunde in Deutschland/Stand 2012

Hochschule	Studiengang	Professur
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Standort	Bachelor-Studium der Hebammenkunde für Hebammen	Professur: Hebammen-Wissenschaft

Köln		
Hochschule Fulda	Primärqualifizierender Studiengang für Hebammenkunde	Professur: Hebammenwissenschaft
Hochschule Bochum	Primärqualifizierender Studiengang für Hebammenkunde	Professur: Hebammenwissenschaft
Fachhochschule Ludwigshafen	Dualer Studiengang für Hebammenwesen	Professur: Hebammenwissenschaft
Hochschule Osnabrück	Dualer Studiengang Midwifery	Professur: Hebammenwissenschaft
Medizinische Hochschule Hannover	Masterstudiengang Hebammenwissenschaft	Professur: Hebammenwissenschaft

3. Formulierung des philosophisch-theoretischen Bezugsrahmens

Das Auftreten des Begriffes der „Hebammenwissenschaft“ in Verbindung u. a. mit der Forschungsentwicklung und dem Akademisierungsprozess auf nationaler wie internationaler Ebene, impliziert die Vorstellung von einer existenten und entwickelten Wissenschaft. Da sich die Hebammenwissenschaft historisch nicht ableiten lässt (vgl. Kapitel 2), bedarf es der Beschreibung eines theoretischen Rahmens, der eine Rekonstruktion anhand der zu erhebenden Befunde ermöglicht.

Der anschließende Abschnitt dient dabei der grundsätzlichen Klärung eines zeitgemäßen Wissenschaftsverständnisses zum Nachvollzug der Annahme von der Existenz einer Hebammenwissenschaft. Als Grundlage dienen etablierte wissenschaftssoziologische Beschreibungsmodelle, die eine kritische Reflexion der Wissenschaftsentwicklung erlauben und gleichzeitig so handhabbar sind, dass sie als Instrument der Reifediagnostik verwendet werden können. Gesucht wurden Modelle, die, als ein korrespondierendes Theoriesystem zu den drei anhand der historischen Betrachtungen identifizierten Grundthemen des Diskurses dienen können. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die theoretischen Ansätze von Ludwik Fleck (Fleck 1999) und Thomas S. Kuhn (Kuhn 1976), als Eckpunkte des Wissenschaftsverständnisses sowie auf den theoretischen Ansatz von Fischer mit Kollegen (Fischer, Costazza et al. 1993), als Weiterentwicklungen des modernen wissenschaftssoziologischen Verständnisses. Ausgewählt wurden die drei Theorieansätze,- Fleck, Kuhn und Fischer et. al. (Kuhn 1976; Fischer, Costazza et al. 1993; Fleck 1999),- aufgrund ihrer Nähe zu den identifizierten Diskurselementen, ihrer Bedeutung in der Wissenschaftssoziologie sowie ihres inhaltlich aufeinander aufbauenden Bezugs. In der Darstellung erfolgt die Konzentration auf die spezifischen Charakteristika der Wissenschaftsbeschreibung, ohne vertiefend in soziologische und systemtheoretische Bezugstheorien einzutauchen. Die eruierten Charakteristika bilden die Grundlage für die Entwicklung des in Kapitel 7 dargestellten Rasters zur Analyse einer Hebammenwissenschaft, anhand dessen die Literaturlauswertung erfolgt.

3.1. Denkstil nach L. Fleck- oder wie aus Denken Tatsächlichkeit wird

Von maßgeblicher Bedeutung für die zeitgemäße Betrachtung der Wissenschaftsentwicklung ist Flecks Theorie von den Denkstilen und Denkstilkollektiven (Fleck 1999).

Grundlage für Flecks Arbeit ist die Frage nach der Entstehung von Tatsachen (Fleck 1999), der er über den Vorgang des Erkennens nachgeht (vgl. Fleck 1999 S. 54). Erkennen wird als Ergebnis einer sozialen Tätigkeit gesehen, das nicht auf das Individuum beschränkt ist (vgl. Fleck 1999 S. 54). Die Wechselwirkung zwischen bereits Erkanntem und dem zu Erkennenden liegt in der Bewusstseinsweiterung des Betrachters, der im sozialen Kontakt mit seiner Umwelt steht (vgl. Fleck 1999 S. 54). Fleck geht davon aus, dass Menschen zur Beurteilung eines Ganzen sich auf die Betrachtung von Teilaspekten konzentrieren.³³ Ein solcher Vorgang setzt die Existenz von Vorannahmen über den Gegenstand der Betrachtung voraus (vgl. Schäfer and Schnelle 1999 in: Fleck 1999 S. XXIV). Die Beurteilung der Relevanz des Aspektes zur Wahrnehmung des Ganzen und damit die Entscheidung für die Aspekt-Betrachtung unterliegt somit im Verständnis von Fleck der Wahrnehmung durch eine spezifische Wirklichkeit. Fleck verwendet den Begriff des Denkstils, um den Vorgang des „gerichtete[n] Wahrnehmen[s], mit entsprechendem gedanklichem und sachlichem Verarbeiten des Wahrgenommenen“ (Fleck 1999 S.130) beschreiben zu können. Dem Begriff ist die Idee von einem konstruktivistischen und sozial geprägten Erkennen unterstellt. Der Denkstil „[er] bestimmt was nicht anders gedacht werden kann“ (Fleck 1999 S.130). Tatsachen stehen im Verständnis von Fleck für das Wissen, das im Denkstilkollektiv als unumstößliche Wahrheit gilt (Fleck 1999). Tatsachen werden vom Denkstilkollektiv daher als gegeben hingenommen im Sinne einer „passiven Kopplung“ (vgl. Fleck 1999 S. 124). Als „aktive Kopplung“ gelten demnach Vorannahmen und Vermutungen, die der Diskussion im Denkstilkollektiv bedürfen, wobei es Ziel des Denkstilkollektives ist, diese

³³ Fleck nennt diesen Vorgang „Gestaltsehen“ vgl. Schäfer, L. and T. Schnelle (1999). Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. L. Fleck. Frankfurt a.M., Suhrkamp Taschenbuch: VII-XLIX. S. XXIV

Diskussionen zu minimieren. Dieser von Fleck als Denkverkehr (vgl. Fleck 1999 S. 142) bezeichnete Vorgang ermöglicht die Weiterentwicklung des Wissens innerhalb des Denkstilkollektives. Die Entstehung der Tatsache ist als denk-historische Entwicklung zu verstehen, die dazu führt, dass der Tatsachenbestand sich verändern kann (vgl. Fleck 1999 S. 125). Fleck zeigt dabei den geschichtlichen Zusammenhang von Denkstilen auf, die von der „primitiven Prä-Idee“ zu einer „wissenschaftlichen Auffassung“ führen kann (vgl. Fleck 1999 S.131). Das einmal geschlossene Meinungssystem beharrt dabei allem Widersprechenden (vgl. Fleck 1999 S. 40), wobei die Beharrungstendenz des Denkkollektives von Fleck nicht als passives Aushalten im Meinungssystem verstanden wird (vgl. Fleck 1999 S. 41), sondern als aktiver Prozess „eine[r] bis ins alltägliche Leben und bis in sprachliche Wendungen“ durchdrungene[n] Auffassung, die einen Widerspruch undenkbar macht“ (vgl. Fleck 1999 S. 40). Das Widerstandsavisio, das für ein Denken steht, das sich der bisherigen Denkgewohnheit widersetzt, steht dann für den Beginn des Entwicklungsprozesses einer neuen Tatsache (vgl. Fleck 1999 S. 129).

Das Denkstilkollektiv ist also nicht zu verstehen als Summe der Individuen, die ihm angehören (vgl. Fleck 1999 S. 56), sondern es ist ein spezielles Gebilde, das als Träger geschichtlicher Entwicklungen eines besonderen Denkstiles zu bezeichnen ist (vgl. Fleck 1999 S.53ff), indem es eine Gemeinschaft von Menschen darstellt, die „...im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen...“ (Fleck 1999 S. 54). Strukturmerkmale des Denkstilkollektives sind die Herausbildung kleiner sich überkreuzender esoterischer und exoterischer Kreise (vgl. Fleck 1999 S. 139). Die Überkreuzung der Kreise ergibt sich auf Grund der unterschiedlichen Stufen des Eingeweiht-Seins des Individuums (vgl. Fleck 1999 S. 139). Die innere Geschlossenheit des Denkstils beruht in der Abhängigkeit der Kreise voneinander, wobei der esoterische Kreis der Gemeinschaft die Weiterentwicklung des Tatsachenbegriffs durch Kommunikation bestimmt (vgl. Fleck 1999 S. 139). Die Größe der Differenz zweier unterschiedlicher Denkstile zeigt sich im geringen Gedankenverkehr zwischen beiden Denkstilkollektiven (vgl. Fleck 1999 S. 142).

Für Fleck ist „Wissenschaft [...] kein formales Konstrukt, sondern wesentlich eine Tätigkeit, veranstaltet von Forschergemeinschaften“

(Schäfer and Schnelle 1999 S. VIII), die jeweils als soziale Einheit zu verstehen sind (Schäfer and Schnelle 1999 in: Fleck 1999, S.XXV).³⁴ „... [D]er Denkstil [ist] die über die Wissenschaftsgeschichte entstandene Art und Weise, wie Wissenschaftler oder wissenschaftlich Handelnde Probleme angehen und lösen...“ (Siebolds, Risse et al. 2002; Siebolds 2005 S. 3). Mit der Einführung des Denkstil-Begriffs erteilt Fleck der Vorstellung von der Existenz eines absoluten Wahrheitsbegriffes in der Wissenschaft die Absage, indem er Wahrheit als relativ in Abhängigkeit zu dem hinter dem Erkenntnisprozess stehenden Denkstil sieht (vgl. Fleck 1999 S. 125). Die Betrachtung einflussnehmender sozialer Faktoren auf die Wissenschaftsgemeinschaft ist somit wesentlich für den Nachvollzug wissenschaftlicher Erkenntnisprozesse (vgl. Weber 2004).

3.2. Von der Entwicklung einer Wissenschaft - Der Konstituierungsprozess nach Thomas S. Kuhn

Als „soziologische Theorie wissenschaftlicher Entwicklung“ interpretiert (vgl. Weingart 2003 S. 43), konzentriert sich Kuhns Ansatz zum einen auf die Darstellung der deskriptiven Elemente einer Wissenschaft und zum anderen auf die Klärung der unterschiedlichen Funktionen einzelner Schritte im Verlauf der Wissenschaftsentwicklung (vgl. Weingart 2003 S. 43; vgl. Chalmers 2007 S. 97-98). Bei den beiden zentralen Momenten der Ausführungen handelt es sich um die Betrachtung der soziologischen Rolle der wissenschaftlichen Gemeinschaft und dem revolutionären Charakter wissenschaftlichen Fortschritts anhand eines definierten Ablaufschemas³⁵ (vgl. Chalmers 2007 S. 89 u. 90).

³⁴ Anhand der Syphilis zeichnet Fleck die „Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache“ nach, indem er Krankheit als soziales Konstrukt erfasst, das der Mediziner als Tatsache wahrnimmt, die seine Diagnose und Therapie bestimmt. Als Beispiel eines sozialen Faktors nennt er hier die Einstellung der Gesellschaft zur Sexualität. Sie bestimmt, was der Mediziner als Tatsache wahrnimmt und bestimmt gleichzeitig den Krankheitsbegriff und die entsprechende Therapie. In diesem Verständnis werden Tatsachen als sozial konstruiert gesehen. Krankheit ist somit ein soziales Konstrukt.

Fleck, L. (1999). Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache - Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft ; 312, Suhrkamp. Frankfurt am Main.

³⁵ Das Ablaufschema umfasst die Schritte von der „Vor- Wissenschaft“ zur „Normalen Wissenschaft“ zur „Krise“ und „Revolution“ bis hin zur Entwicklung einer „Neuen Normalwissenschaft“ und dem Beginn einer neuen Krise.....

Kuhn versteht Forschergemeinschaften (Scientific Communities) als Kommunikationsgruppen, die auf das gleiche Ziel hin arbeiten: d. h. auf die Erhaltung ihres Paradigmas (vgl. Kuhn 1976 S. 186ff). Die wissenschaftliche Gemeinschaft besteht aus Fachleuten eines wissenschaftlichen Spezialgebietes, die auf eine „gleichartige Ausbildung und berufliche Initiation“ (Kuhn 1976 S. 188) zurückgreifen, sich der gleichen Fachliteratur bedienen, ein spezifisches Gegenstandsgebiet haben und innerhalb der Gruppe kommunizieren (vgl. Kuhn 1976 S. 188 u. S.189). Die Untersuchung der Gemeinschaftsstruktur ist somit, neben der Feststellung des konzeptuellen Rahmens, wichtige Grundlage für die Feststellung wissenschaftlicher Reifeprozesse (vgl. Kuhn 1976 S. 191 u.S.192).

Das Verständnis von der Normalwissenschaft steht verbunden mit Kuhns Paradigmenbegriff (Kuhn 1976) und ist als „...ein Zeichen der Reife in der Entwicklung jedes besonderen wissenschaftlichen Fachgebiets“ (Kuhn 1976S. 26) zu verstehen. Der Begriff steht in soziologischer Hinsicht für „... die ganze Konstellation von Meinungen, Werten, Methoden usw., die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden“ (Kuhn 1976 S. 186) und steht in philosophischer Hinsicht für die Elemente dieser Meinungen, Werten, Methoden usw. (vgl. Kuhn 1976 S. 186).³⁶ Als konstituierendes Element einer Wissenschaft verstanden, dient der Begriff zur Beschreibung eines konzeptuellen Rahmens, der der Strukturierung von Erkenntnisprozessen, der Definition von Problemen oder auch „Rätseln“ (Kuhn 1976 S. 50) sowie der Problemlösungs-Legitimation dient (vgl. Weingart 2003 S. 43). Das durch Sozialisation vermittelte Paradigma einer Wissenschaftsgemeinschaft dient dem Normalwissenschaftler somit als Voraussetzung für wissenschaftliche Handlungsfähigkeit ohne erneuten Legitimationszwang des Begründungsrahmens. Als Zeichen der Unreife einer Wissenschaft, im Sinne einer Vor-Wissenschaft, sind die relativ desorganisierten (Forschungs-)Aktivitäten zu verstehen, die erst durch die Anerkennung eines gemeinsamen Paradigmas durch die Forschergruppe an Struktur und Richtung gewinnen und die Normal- Wissenschaft

³⁶ Die in Fachkreisen kritisch geführte Diskussion zu Kuhns zweideutiger Anwendung des Paradigmenbegriffs, führte durch Kuhn selbst in einer revidierten Fassung seiner Ausführungen zur Einführung des Begriffs des „disziplinären Systems“, um auf die umfassende Bedeutung des Begriffes hinzuweisen. Vgl. Kuhn, T. S. (1976). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, Suhrkamp. S. 194

auszeichnen. Erst mit dem Erwerb des Paradigmas ist eine esoterische Art von Forschung möglich (vgl. Kuhn 1976 S. 25 und S. 190; Chalmers 2007 S. 92), die sich u. a. in der Koordinierung und des Standards des Forschungsvorgehens auszeichnet. Paradigmen im Verständnis von Kuhn bestehen aus theoretischen Annahmen, explizit formulierten Gesetzen und Techniken für ihre Anwendung (vgl. Kuhn 1976 S. 25 ff), ohne eine abschließende exakte Definition zu erfahren. Dies dient der Anpassung des Paradigmas an die Realität (vgl. Chalmers 2007 S. 91). Die Entwicklung eines Paradigmas und somit die Herausbildung der Normal- Wissenschaft basiert auf Grund des Versuches, reale, in Untersuchungen erhobene Aspekte, einem Erklärungsmodell zuzuführen. Die Reife einer Wissenschaft zeigt sich in der Veränderung der Natur des Paradigmas durch Weiterentwicklung (vgl. Kuhn 1976 S.190). Der Normalwissenschaftler muss, um forschen zu können, davon ausgehen, dass das Paradigma einen ausreichenden Rahmen zur Rätsel-Lösung bietet (vgl. Kuhn 1976 S. 50 ff), d. h. er muss diesem Paradigma relativ unkritisch gegenüber stehen. Ein Scheitern der wissenschaftlichen Forschung, also das Widersetzen eines Rätsels der Lösung gegenüber, wird im Kuhn'schen Verständnis als „Anomalie“ (Kuhn 1976 S. 80) betrachtet, die dazu führt, dass das Paradigma in Frage gestellt wird, ohne es gleich zu falsifizieren (vgl. Chalmers 2007 S. 92). Laut Kuhn ist die Existenz einer „Anomalie“ innerhalb eines Paradigmas nichts Ungewöhnliches und löst noch keine Krise aus. Erst die Anzahl der Anomalien und die Zeitspanne, die es bedarf, sich der Anomalien zu entledigen sowie die Anpassung der Anomalien im Zusammenhang mit aktuellen Anforderungen, sind bedeutsam für den Beginn einer „Krise“ (Kuhn 1976 S. 80). Innerhalb der Scientific Community beginnt eine „Periode ausgesprochener fachwissenschaftlicher Unsicherheit“ (Kuhn 1976 S. 80), wenn bisher gültige Regeln als nicht mehr ausreichend erachtet werden müssen und immer mehr radikalerer Ansätze zur Lösung Anwendung finden (vgl. Kuhn 1976 S. 80). Dies ist der Zeitpunkt, wenn der Normalwissenschaftler verstärkt Zeit in philosophische und metaphysische Debatten zur Verteidigung des Paradigmas investiert, anstatt sich der Forschung zuzuwenden. „Die Bedeutung der Krisen liegt in dem von ihnen gegebenen Hinweis darauf, daß der Zeitpunkt für einen [solchen] Wechsel gekommen ist“ (Kuhn 1976 S. 89) und die Befürworter

das Vertrauen in das bestehende Paradigma verlieren. Das neue Paradigma ist mit dem neuen unvereinbar. Die Entscheidung des Wissenschaftlers, sich dem neuen Paradigma zuzuwenden, liegt in der individuellen Einschätzung begründet und basiert nicht auf logisch ableitbaren Argumenten, die die Überlegenheit des einen Paradigmas über das andere beweisen (vgl. Kuhn 1976 S. 107 ff).³⁷ Kuhn bedient sich des politisch besetzten Begriffs der „Revolution“ (Kuhn 1976 S. 103), um auf die mit dem Paradigmenwechsel einhergehende Wahl zwischen zwei Gegensätzen hinzuweisen. Die erfolgreiche Revolution zeigt sich in der Übernahme des neuen Paradigmas durch die Mehrheit der Scientific Community.³⁸

Das Ablaufschema des wissenschaftlichen Fortschrittes und somit die Entwicklung der Wissenschaft im Kuhn'schen Verständnis verläuft von der „Vor-Wissenschaft“ zur „Normalen Wissenschaft“ über die „Krise“ zur „Revolution“ bis hin zur Entwicklung einer „Neuen Normalwissenschaft“ und dem Beginn einer „neuen Krise“. Wie eingangs angedeutet, ist neben der deskriptiven Beschreibung die Klärung der Funktionen der einzelnen Struktur-Komponenten von Bedeutung (vgl. Weingart 2003 S. 43; vgl. Chalmers 2007 S. 97-98). Während die Vor-Wissenschaft als Stufe des Suchens deklariert werden kann, liegt die Funktion der Phase der Normalwissenschaft im schützenden Rahmen, der es den innerhalb des Paradigmas arbeitenden Wissenschaftlern erlaubt, sich auf die Erarbeitung detaillierter fachwissenschaftlicher Aspekte einer Theorie zu konzentrieren. Während die Funktion der Krise in der Weiterentwicklungsmöglichkeit der Wissenschaft begründet liegt, bietet die Funktion der Revolution die Möglichkeit des Aufbruchs in ein besseres Paradigma und die Überleitung in eine Phase der Normalwissenschaft, die es erlaubt, Rätsel unter der Betrachtung des neuen Paradigmas einer Interpretation zuzuführen. Auch

³⁷ Kuhn wehrt sich gegen Vorwürfe, die ihm die Einnahme einer relativistischen Position vorwerfen, weil er die Werteinschätzung des Einzelnen bzgl. des Paradigmas in den Vordergrund treten lässt. Vgl. Chalmers, A. F. (2007). *Wege der Wissenschaft- Einführung in die Wissenschaftstheorie*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Berlin, Heidelberg. S. 101

³⁸ Im Gegensatz dazu vertritt Kuhns Kritiker P. Feyerabend die These, dass wissenschaftlicher Fortschritt nur durch Paradigmen-Konkurrenz möglich ist. Vgl. Weber, K. (2004). *Einführung in die Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie*. Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), Lehrstuhl für philosophische Grundlagen kulturwissenschaftlicher Analyse
Fakultät für Kulturwissenschaften. S. 100

das als nicht exakt definiert beschriebene Paradigma erfüllt eine Funktion. Es ermöglicht Bewegung innerhalb des Wissenschaftssystems, indem es differenzierte Herangehensweisen innerhalb des beschriebenen Rahmens ermöglicht und Wissenschaft nicht als starre Aktivität abschreibt (vgl. Chalmers 2007 S. 99).

Kuhns Konzeption von Wissenschaft ist im weiteren Verlauf der Wissenschaftssoziologie Ausgangspunkt für Betrachtungen, die den Blick weg von den Bedingungen gesicherten Wissens in der Gesellschaft, hin zur Betrachtung gesellschaftlicher bzw. sozialer Einflüsse auf die Wissenschaftsentwicklung verlagert (vgl. Weingart 2003 S. 53; Chalmers 2007 S. 45). Die Betrachtung der Entwicklung und Verwerfung eines Paradigmas als Leistung einer wissenschaftlichen Gruppe, verweist auf die Abkehr von einem ausschließlich über das Wahrheits-Paradigma definierten konstitutiven Element von Wissenschaft und die Hinwendung auf die Bedeutung der sozialen Gruppe der Wissenschaftler.

3.3. Modell der kommunikativen Wissenschaftstheorie - ein Modell des Institutes für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF)/Österreich

Mit dem Sammelwerk „Argumentation und Entscheidung - Zur Idee und Organisation von Wissenschaft“ liegt ein Werk vor, das sich vor dem Hintergrund der Universitäts-Reformdiskussion in Österreich mit dem Verständnis von Wissenschaft auseinandersetzt (Fischer, Costazza et al. 1993 S.7). Die Autoren unternehmen in ihm den Versuch der Beschreibung eines „zeitgemäßen Wissenschaftsmodells“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 46), das den sozialkommunikativen Charakter des Unternehmens Wissenschaft in den Mittelpunkt der Beschreibung setzt und die ausschließliche Auseinandersetzung mit dem Wahrheits-Paradigma als Hauptmerkmal eines Wissenschaftsmodells als unzureichend deklariert (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 193). In ihren Ausführungen vertreten die Autoren ein konstruktivistisches Wissenschaftsbild, das sich auf die intersubjektiven und gesellschaftlichen Beziehungen einer Wissenschaft konzentriert (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S.193). In ihrer kommunikativen Wissenschaftstheorie beschreiben sie als Merkmal des

Wissenschaftlichen den dynamischen Kommunikationsprozess, der Entscheidungen verlangt und als soziales Phänomen beschrieben werden kann: „Wahr ist etwas, weil es argumentiert wurde“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 238). Ein solches Wissenschaftsverständnis baut auf der interdisziplinären und integrativen Verbindung von Gesellschaft und Wissenschaften auf und erklärt Wissenschaft ohne dezidiert die Einzelwissenschaften untersuchen zu wollen.

Im Sinne einer integrativen Wissenschaftstheorie greifen die Autoren auf die traditionellen wissenschaftstheoretischen Positionen zurück, ohne diese jedoch explizit der eigenen Theorie zuzuordnen. Ausgehend von der klassischen Wissenschaftsphilosophie und ihres Vertreters Descartes (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993S. 201ff) erfolgt die Annäherung über die Transzendente Wissenschaftsphilosophie und ihres Vertreters Kant (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 207ff), Comtes Positivismus (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 208ff), dem Neopositivismus (Vertreter: Wiener Kreis sowie Popper) (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993S. 212ff) bis hin zum Konstruktivismus und seines Vertreters Feyerabend (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993S. 221ff). Mit der im ausgehenden Neopositivismus entstehenden Erkenntnis, dass die Empirie zur Legitimation von Wissenschaft nicht mehr haltbar ist (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 220), nähern sich die Autoren Kuhn, der die Gemeinschaft der Wissenschaftler zur Grundlage seiner Wissensauffassung macht. Seine historisch-soziologische Sichtweise der sozialen Bedingungen und Mechanismen, die Einfluss auf die Wissenschaft und ihre Entwicklungen nehmen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 219), wird als vorkonstruktivistisch aufgezeigt, da die Kommunikation lediglich als Einfluss auf den nach wie vor inhaltlich gedachten Kern von Wissenschaft angesehen wird (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 222). Feyerabends als konstruktivistisch bezeichneter Ansatz, geht einen Schritt weiter, löst sich von den wissenschaftlichen Inhalten und konzentriert sich auf die unterschiedlichen Einflüsse und Entscheidungen, denen Wissenschaft unterliegt (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 222).

Das von den Autoren skizzierte Wissenschaftsmodell basiert auf der konstruktivistischen Auffassung, der Herstellung objektiver Geltung wissenschaftlicher Aussagen über die Kommunikation. Die

wissenschaftliche Wahrheit liegt im Zusammenwirken der Menschen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 232). Ausgang ihrer Betrachtungen ist die „mangelnde Problemorientierung, mangelnde Kooperationsfähigkeit und große Zersplitterung“ der bestehenden Wissenschaften, die für ein in sich gefangenes Wissenschaftssystem sprechen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 7.), das zur Auslösung der Betrachtung der Außenperspektive durch die Wissenschaft selbst und der Reflexion und Mitgestaltungen ihrer eigenen Bedingungen bedarf (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 8). Wissenschaft ist ebenso abhängig vom eigentlichen Gestaltungsprozess ihrer Teilnehmer, wie von den Mechanismen des Marktes, der den Ideenwettstreit zulässt, demokratische Regelungen, die die Selbstverwaltung der Wissenschaft zulassen, sowie Aushandlungsverfahren zwischen den verschiedenen Interessensgruppen, um die kollektive Handlungsfähigkeit als Wissenschaft herzustellen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 8). Das Verständnis von Wissenschaft als soziales Subsystem von Gesellschaft (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 45 ff) setzt die Auseinandersetzung mit den Teilbereichen von Gesellschaft (z.B. Politik, Wirtschaft) voraus und lässt das Phänomen Organisation zum konstitutiven Element einer Wissenschaft werden (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 13). Die Formung einer „neuen Wissenschaft“ geschieht also nicht ausschließlich über das Gewinnen neuer Wahrheiten, sondern erfolgt u. a. über die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen einflussnehmenden Systemen und der eigentlichen Klärung, was Wissenschaft „ist, kann und soll“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 29). Dabei ist das Phänomen Organisation, verstanden als Gestaltung sozialer Beziehungen, formeller und informeller Art, nicht beschränkt auf die Außenperspektive, sondern betrifft im gleichen Maße die Innenperspektive, z.B. in Form der Wissensorganisation.

Wissenschaft verstanden als Subsystem der Gesellschaft ist verortet im gesamtgesellschaftlichen Normensystem (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 20) und hängt direkt mit der Entwicklung der Gesellschaft zusammen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 65). Dabei übernimmt die Wissenschaft für die Gesellschaft, deren gesellschaftskonstitutives Element das Treffen von Entscheidungen vor dem Hintergrund des Risikogedankens und der Unsicherheit ist, die beiden widersprüchlichen Aufgaben des

„Herstellen von Verbindlichkeiten und Sicherheiten“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 64) und des „Auflösen von Verbindlichkeiten, und Herstellen von Freiheit“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 64). Dieser Auftrag ist zum einen die Legitimation der Eigenständigkeit der Wissenschaft und beschreibt sie zum anderen als Subsystem der Gesellschaft. Um diese Aufgabe zu erfüllen, bedarf es zum einen der sozialen Überzeugungskraft und zum anderen der Verwendbarkeit wissenschaftlicher Ergebnisse (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 49). Dabei existiert Wissenschaft einzig als Gemeinschaft der Forschenden und der sich gegenseitig (Be-) Lehrenden (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 46). Wissenschaftliche Aktivität zeigt sich in der Teilhabe an der Denkgemeinschaft und der Ausbildung von Traditionen (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 49). Mit der Idee des sozialen Charakters einer Wissenschaft verbinden die Autoren die Zusammenarbeit von Wissenschaftlern als Mitglied einer Denkgemeinschaft, die zur Konstruktion von Wirklichkeit langwierige Regelprozesse durchlaufen müssen. Die Hauptaufgabe der Wissenschaft liegt in der Produktion von Wirklichkeit, die in Form einer von Seiten der Denkgemeinschaft geteilten Aussage wissenschaftliche Verbreitung findet (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 29).

Doch was sind die konstitutiven Elemente des Erkenntnisprozesses einer wissenschaftlichen Wirklichkeit in diesem Modell? Ausgehend von der Unzweckmäßigkeit einer Wissenschaft, die primär an einer vorgegebenen Realität und somit Wahrheit orientiert ist, unternimmt Roland Fischer, Leiter der Abteilung „Theorie, Organisation und Didaktik von Wissenschaften“ des Institutes für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) in seinem Beitrag „Wissenschaft, Argumentation und Widerspruch“ den Versuch einer allgemeinen Wissenschaftsbe- bzw. „-vorschreibung“ (Fischer, Costazza et al. 1993 S. 29). Beginnend mit der Aussage, dass Wissenschaft produktiv ist und auf die Herstellung von Wirklichkeit ausgerichtet ist, beleuchtet er die Argumentation als eine zentrale Methode von Wissenschaften zur Produktion von Wirklichkeit. Wirklichkeit entsteht nicht auf Grund von Entscheidungen, sondern stellt einen durch Kommunikation (Argumentation) hergestellten Begründungszusammenhang dar (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 32). Aus dieser Erkenntnis leitet der Autor die Begründungspflicht als Postulat der Wissenschaft ab. Aus ihr heraus, so

führt er weiter aus, resultiert die Entscheidungsunfähigkeit der Wissenschaft, die in Organisationsinkompetenz mündet und Konsequenzen für die Autonomie von Wissenschaft haben. Die Steigerung der Organisationskompetenz der Wissenschaft könnte durch die Vernetzung von Nicht-Wissenschaften, also einem Außenfaktor, mit der Wissenschaft herbeigeführt werden (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 32). Wissenschaft bedarf zur Wahrung ihrer Autonomie also des Inputs von außen. Für die Konstruktion von Wirklichkeit mittels Argumentation stellt diese Form der Außen-Beeinflussung jedoch eine ebenso große Gefahr dar, wie eine Wissenschaft, die sich selbst genügt (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 32-33). Argumentation ist in Fischers Augen nichts anderes als Einsicht in die Wahrheit über das Erkennen von Zusammenhängen. Dies geschieht über Vernetzung, also dem Herstellen von Verbindungen in der Argumentation (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 35).

Die Reflexion als zweites Merkmal der Argumentation ermöglicht sodann die Generierung notwendiger Fragestellungen, die im Konstruktionsverlauf bislang unberücksichtigte Verbindungen aufdecken (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 35). Hier zeigt sich die Dynamik des Produktionsprozesses auf, der in der Natur der Vernetzung, als nie vollständig abgeschlossener Prozess, begründet ist. Der Autor stellt somit die These auf, dass Argumentation Vernetzung und Reflexion ist. Dabei ist ihr Motor der Widerspruch (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 37). Fischer begründet dies mit der Pflicht zu Zweifeln (Skeptizismus) - auch innerhalb der eigenen Wissenschaft. Der Widerspruch stellt damit den Gegenpart zur Vernetzung dar, indem er statt zu verbinden, Unsicherheit durch das Zerstören von Verbindungen schafft (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 37). Dadurch kann er zu einem Ausgangspunkt neuer Verbindungen werden. Kritik ist also der Motor des Erkenntnisfortschritts. Angriff und Verteidigung, Rede und Gegenrede sind somit zentrale Elemente des Wissenschaftsprozesses und zeigen sich in der Skepsis unbewiesenen Behauptungen gegenüber sowie in der ständigen Überprüfung von Methoden und Resultaten (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 37).

Fischer zeigt im weiteren Verlauf allerdings selbst auf, dass es sich bei dem Widerspruchsprinzip eher um ein ideelles, denn um ein konstitutives Element von Wissenschaft handelt. Er verdeutlicht dies anhand der

„hierarchisch widerspruchs-vermeidenden Organisationsform der Universitäten“, die erst in jüngerer Vergangenheit durch Demokratisierungsmaßnahmen aufgebrochen wurde (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 38). Die Einführung des Mitbestimmungsrechts von Assistenten und Studenten an Universitäten führt aus seiner Sicht nicht zu einer Aufhebung des tradierten Verständnisses von einer hierarchisch dominierten Wissensproduktion. Dies zeigt sich darin, dass erfahrenen Wissenschaftlern und Professoren in universitären Einrichtungen per se weiterhin eine höhere Kompetenz zugesprochen wird als wissenschaftlichen Mitarbeitern, ohne dass der Anspruch an Wirklichkeit überprüft wird (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 38).

Wissenschaft in der „kommunikativen Wissenschaftstheorie“ lässt sich wie folgt beschreiben:

„Wissenschaft ist die Produktion (Konstruktion) einer Wirklichkeit mittels Argumentation, d.h. mittels Vernetzung und Reflexion, wobei der Widerspruch der Motor des Prozesses ist. Wie sieht das „Produkt“ dieses Prozesses aus? Es ist eine vernetzte Wirklichkeit mit Fragen.“.... „Die „vernetzte Wirklichkeit mit Fragen“ ist ein dynamisches Netzwerk von Wissensteilen, zwischen denen Verbindungspotentiale angelegt sind“

(Fischer, Costazza et al. 1993 S. 41).

„[Wissenschaft] ist der Zusammenhang von Wissenschaftlern, ihre Methoden und Prozesse organisieren die Beziehung der Forscher und ihre Produkte sind definitionsgemäß intersubjektiv. Wissenschaft beruht auf den sozialen Fähigkeiten der Menschen: Sie ist gewaltfreies Argumentieren, d.h. Vernetzung der Gedanken in konkreter, begründeter Absicht.

Der soziale Charakter der Wissenschaft lässt sich in zwei Hauptthesen ausdrücken:

- Die Bezugnahme auf andere ist konstitutiv für Wissenschaft. Einer allein ist kein Wissenschaftler

- Nicht alle können Wissenschaftler sein“

„Wissenschaft ist letztlich, was viele Wissenschaftler tun. Wissenschaftler ist jemand, der im Wissenssystem als sozial dazugehörig anerkannt wird.“

(Fischer, Costazza et al. 1993 S. 50).

4. Implikationen für die Analyse einer Hebammenwissenschaft

In diesem Kapitel soll versucht werden, einem grundlegenden aber leider nicht offen diskutierten Problem systematischer Übersichtsarbeiten zu begegnen. Die Masse der systematisch aufbereiteten Wissensbestände liegt hierbei im zentralen Blickfeld des Geschehens. Eine systematisch geplante Analyse und Interpretation der erhobenen Befunde findet in der Regel nur begrenzt statt, da diese Interpretation die Bereitstellung eines metatheoretisch, reflektierten wissenschaftlichen Bezugsrahmens voraussetzt. Hier wird dann im Sinne Ludwik Flecks denkstilgebunden interpretiert (vgl. Fleck 1999 S. 130).³⁹ Die hier geführte Diskussion erhebt also nicht den Anspruch einer vertieften eigenständigen Bearbeitung des Themas Wissenschaftssoziologie und Hebammenwesen. Sie ist Mittel zum Zweck der Bearbeitung der oben dargelegten Problemlage und hat somit in der Gesamtheit der Dissertation eine eingeschränkte Reichweite.

Der in Kapitel 2 geführte historische Diskurs verdeutlicht, dass die anzustrebende Entwicklung der Hebammenwissenschaft in Deutschland von historischen und gesellschaftlichen Momenten getragen wird. Dabei lässt der gesellschaftliche Zuspruch der Disziplinbildung, durch die angestrebte Akademisierung, die in Deutschland für das Hebammenwesen gesetzlich festgelegte Vorbehaltsaufgabe „physiologische Geburt“⁴⁰ in ein neues Licht rücken. Auf Grund des bislang fehlenden akademischen Hintergrundes handelt es sich bei ihr um ein Paradoxon, dessen Widersprüchlichkeit erst mit Übergang der Berufsgruppe zur Wissenschaftlichkeit und der institutionellen Verortung als Disziplin aufgehoben wird.

Die Wechselwirkung zwischen Hebammenwesen und Gesellschaft ist das entscheidende Moment des Konstituierungsprozesses, dessen Betrachtung

³⁹ „...er [der Denkstil] bestimmt was nicht anders gedacht werden kann“
Fleck, L. (1999). Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache - Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 312, Suhrkamp. **Frankfurt am Main**. S. 130

⁴⁰ Vgl. §4 (1985). Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG)

seinen Ausgang in der Auseinandersetzung mit dem berufsgruppen-spezifischen Denkstil und seiner Entwicklung nimmt. Das Selbstverständnis des Hebammenwesens als sozialhistorisch gewachsener Habitus ⁴¹ definiert sich lt. ICM über nicht weiter ausgeführte Philosophien und dem sogenannten „Ur- Wissen“ (www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011) und steht im Verständnis von Fleck für die sich verselbstständigte Legitimation der Berufsausübung, die dem individuellen Wissen und Können der einzelnen Hebamme unterstellt wird (vgl. Fleck 1999 S. 35 ff). Als Synonym für den vom ICM gewählten Begriff des „Ur- Wissens“, steht Flecks Begriff der „Uridee“, die in Form einer Chiffre steht als

„[...] ein ausgebautes, geschlossenes Meinungssystem, [das] aus vielen Einzelheiten und Beziehungen besteht [...]“ „...[E]inmal geformt, so beharrt es beständig gegenüber allem Widersprechenden“

(Fleck 1999 S. 40).

Die „Beharrungstendenz“ (Fleck 1999 S. 41) des Hebammen-Denkkollektives im berufsgruppenspezifischen Denkstil (vgl. Abschnitt 2.1), wird von Fleck dabei nicht als passives Aushalten im Meinungssystem verstanden, sondern als aktiver Prozess einer „bis ins alltägliche Leben und bis in sprachliche Wendungen“ durchdrungenen Auffassung, die einen Widerspruch undenkbar macht (vgl. Fleck 1999 S. 40). Diesem Verständnis entsprechend zeigt sich das Originäre des Hebammenwesens, im vorsprachlichen Wissen. Im Nicht-Hinterfragten, weil Berufsgruppen-immanenten Habitus, wird dieser noch unwissenschaftliche Denkstil, der in tradiertem Weise, ohne Leitung durch klassische Theorie von den Angehörigen des Hebammenwesens gepflegt wird, deutlich. Bedingt durch die Wechselwirkung zwischen Gesellschaft und Hebammenwesen kommt es zu einer Berührung des esoterischen Zirkels der Hebammen mit dem exoterischen gesellschaftlichen Zirkel (vgl. Fleck 1999), der dazu führt, dass die nach außen hin sichtbar transportierten Grundwerte des Hebammenwesens von der Gesellschaft als Berufsgruppen-genuin anerkannt werden. Dies zeigt sich u.a. in deutschen Gesetzestexten, die

⁴¹ Der Begriff des Habitus findet in Anlehnung an soziologische Konzepte Anwendung. Im Zusammenhang mit dem Hebammenwesen zielt er auf die in Abschnitt 2.1 beschriebenen verinnerlichten Grundwerte der Berufsgruppe ab, die nach außen hin sichtbar transportiert und von der Gesellschaft als berufsgruppengenuin anerkannt werden.

mit dem Übertrag der Verantwortung an das Hebammenwesen für die Begleitung der reproduktiven Phase, Ausdruck gesellschaftlicher Erwartungsstrukturen sind. Die rasche Entwicklung im Gesundheitswesen der letzten Jahre mit ihren medizinischen Fortschritten sowie die in Veränderung befindlichen Erwartungen der Gesellschaft an das Hebammenwesen ebenso wie die Einstellungen zum Thema Geburt und Familiarität in der Gesellschaft erhöhen nicht nur in Deutschland den Legitimationsdruck auf die Berufsgruppe. In Deutschland verstärkt zusätzlich die von politischer Seite forcierte Entlassung in die Selbstverwaltung den Druck auf die Profession⁴², die sich nun nicht mehr allein über ihren Habitus und das gesellschaftliche Mandat der physiologischen Geburtshilfe legitimieren kann. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird daher u.a. hypothetisiert, dass die Hebammenwissenschaft der wissenschaftlichen Beschreibung, Deklaration und Untersuchung des Hebammen-spezifischen Arbeitsfeldes, der Profilschärfung der Berufsgruppe und damit der Legitimation ihres Tätigwerdens in Gesellschaft dient. Während im internationalen Raum rege Forschungsaktivität aus den Reihen akademisierter Hebammen seit Jahrzehnten zu verzeichnen ist, zeigt sich der Nachweis publizierter Wissensbestände für Deutschland erst seit wenigen Jahren in Form wissenschaftlicher Ergebnispräsentationen. Sie sind als Zeichen der Denkstilveränderung der ursprünglich von ihrem Berufsgruppen-Habitus geprägten Gruppe von Hebammen-Forscherinnen zu werten. Es stellt sich die Frage, inwieweit es sich bei den Forscherinnen um Forschungs-Individualisten, oder um eine soziale Gruppe handelt, deren gemeinsames Merkmal ein einheitlicher kommunizierter wissenschaftlicher Ansatz ist, der theoriegeleitet das wissenschaftliche Vorgehen beschreibt und den konzeptuellen Rahmen der Wissenschaft bildet.

⁴² Die Verwendung des Begriffs Profession in dieser Arbeit geschieht, vor dem Hintergrund klassischer Professionstheorien, die das gesellschaftliche Mandat als ein Merkmal von Professionen verstehen. Wohlwissend, dass der Professionalisierungsprozess für das Hebammenwesen nicht vollständig vollzogen ist, werden Vorbehaltsaufgabe und angestrebte Akademisierung als Zeichen des Beginns der Professionalisierung gewertet.

Vgl. Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Mabuse-Verl. **Frankfurt am Main**.

Der Verzicht auf die Verwendung des Begriffs der Wissenschaftstheorie im Zusammenhang mit der Untersuchung der Hebammenwissenschaft in dieser Arbeit basiert auf dem Legitimationsproblem neuer Wissenschaften, das sich in der Scheindichotomie „harter“ und „weicher“ Wissenschaften äußert.⁴³ Im Gegensatz zu den traditionellen Wissenschaften, die ihr Wissenschaftsverständnis anhand einer einzigen Wissenschaftstheorie ableiten können, unterliegen die sich neu entwickelnden Wissenschaften dem Problem ihrer oft widersprüchlichen Wirklichkeit. Diese spiegelt sich in der Verwendung unterschiedlicher theoretischer Ansätze wieder und ist Grund für den Legitimationsdruck. Grundsätzlich wird daher das Problem aller sich neu konstituierenden Wissenschaften, im Vergleich zu den traditionellen alten Wissenschaften, in der Beweislage ihrer Konstitution über eine spezifische Wissenschaftstheorie gesehen. In ihren Ausführungen verweisen Fischer und Kollegen auf die Möglichkeit der Theoriepluralität der sogenannten neuen Wissenschaften. Vgl. (Fischer, Costazza et al. 1993). Daher wird in der vorliegenden Arbeit im Zusammenhang mit dem Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft bewusst von „Theorien des wissenschaftlichen Vorgehens“ gesprochen, um die erwartete Theorieheterogenität erfassen zu können. Das der vorliegenden Arbeit hinterlegte Theorieverständnis orientiert sich dabei an den aus der Pflegewissenschaft stammenden Ausführungen von Moers und Schaeffer, die, entsprechend dem klassischen Verständnis von Wissenschaftstheorien, die Hauptaufgabe der Theorien im Klären von Sachverhalten sowie Erklären von Zusammenhängen sehen (Moers and Schaeffer 2006; Moers and Schaeffer 2007). Theorien des wissenschaftlichen Vorgehens sind nach diesem Verständnis ausgerichtet auf die Darlegung der Herangehensweise der Wissensproduktion und -interpretation und implizieren ein grundlegendes Wissenschaftsverständnis. So stellt sich für die Hebammenwissenschaft, als sich neu entwickelnde Wissenschaft, zum einen die Frage nach der Existenz einer solchen Theorie, die Teil des Paradigmas (vgl. Kuhn 1976) der Forschergruppe ist.

⁴³ Die Verwendung des Begriffes „harte Wissenschaft“ bezieht sich auf Wissenschaften mit naturwissenschaftlicher Orientierung, während der Begriff der „weichen Wissenschaften“ auf die geistes- und sozialwissenschaftliche Orientierung einer Wissenschaft hinweist.
Vgl. Harding, S. and H. Kelle (1994). *Das Geschlecht des Wissens: Frauen denken die Wissenschaft neu*. Frankfurt a. M.; New York, Campus Verl.S.331

Zum anderen interessiert die Frage nach der Existenz von Theorien, die der Interpretation von Forschungsergebnissen anhand der Beschreibung von Phänomenen aus dem Arbeitsfeld des Hebammenwesens dienen. Die Existenz und Nutzung solcher Theorien sind nicht nur ein Merkmal von Wissenschaft sondern zudem ein Hinweis auf die Veränderung im Denkstil der Berufsgruppe bzw. Profession, der die fehlende Theorieleitung in Abschnitt 2.1 nachgewiesen wurde. Analog zur Pflegewissenschaft formuliert, würden solche Theorien über das Hebammenwesen, der Klärung von Phänomenen und darüber hinaus der Herstellung kausaler Zusammenhänge dienen, die der Interpretation wissenschaftlicher Ergebnisse dienlich sind.

„Erklärende Theorien bilden den Kern des Wissensbestandes einer Disziplin, indem Forschungsergebnisse und andere Daten analysiert, geordnet und verallgemeinert zusammengefasst werden.“

(Moers and Schaeffer 2007)

Wie dargelegt, liefert die historische Betrachtung keine Hinweise auf explizierte Grundlegungen der noch jungen Wissenschaft. Stattdessen liefert sie mit den Diskurselementen „Denkstilgemeinschaft“, „Paradigma“, und „Kommunikation“ drei Grundthemen, deren Betrachtung als wesentlich für die weitere Analyse des Konstituierungsprozesses erachtet wird. Die in Kapitel 3 vorgestellten theoretischen Ansätze aus der Wissenschaftssoziologie korrespondieren mit den genannten Grundthemen und bilden mit den extrahierten Charakteristika die Grundlage für die Entwicklung eines Analyserasters, das im Sinne einer Interpretationsfolie Anwendung auf die zu untersuchende Literatur finden wird.

Fleck und Kuhn beschreiben anhand ihrer Ausführungen den Weg, wie aus Tatsachen Ordnungsprinzipien werden. Dabei inkludiert Flecks Ansatz, verstanden als denk-historisches Konzept, die Entstehung einer Forschergemeinschaft als Denkstilkollektiv (Fleck 1999) und verweist zum einen auf die soziale Gruppe von Wissenschaftlern und zum andern auf die notwendige theoriegeleitete Grundlegung wissenschaftlichen Arbeitens. Anhand seiner Darlegungen geht Fleck der Frage nach dem „Wie“ der Erzeugung von wissenschaftlichen Tatsachen in der sozialen Wirklichkeit

nach. Kuhn vertieft, aufbauend auf Fleck, den Blick auf die soziologische Rolle der Scientific Community als Kommunikationsgemeinschaft und betrachtet die Wissenschaftsentwicklung anhand eines Ablaufschemas, das den revolutionären Charakter des wissenschaftlichen Fortschritts hervorhebt (Kuhn 1976). Beide Ansätze zeigen auf die Entwicklung einer kodifizierten Sprache als Merkmal einer wissenschaftsspezifischen Gruppe hin, die die Kommunikation innerhalb des esoterischen Forschungszirkels ermöglicht und auf den anerkannten Denkstil (Fleck 1999) bzw. Paradigma (Kuhn 1976) zurück zu führen ist. Beide Ansätze deuten auf die Notwendigkeit hin, den Fokus auf die Untersuchung der Gemeinschaftsstruktur der Scientific Community sowie auf Angaben zum konzeptuellen Rahmen der Wissenschaft zu richten.

Flecks und Kuhns Grundlegungen zur Betrachtung gesellschaftlicher und sozialer Einflüsse auf die Wissenschaftsentwicklung ermöglichen die von Fischer und Kollegen (Fischer, Costazza et al. 1993) vorgestellten weiterführenden Betrachtungen der Kommunikation innerhalb des Wissenschaftssystems sowie die Betrachtung des Außenkontaktes der Wissenschaft. Dieser Ansatz weicht damit von einer Theorie über Wissenschaft ab, die die Autonomie der Wissenschaft als konstitutives Element der Wissenschaftsentwicklung in Abgrenzung zu gesellschaftlichen Einflüssen versteht (vgl. Weingart 2003 S. 53; Chalmers 2007 S. 42). Im „Modell der kommunikativen Wissenschaftstheorie“ von Fischer und Kollegen (Fischer, Costazza et al. 1993), wird die Wissenschaft als Subsystem der Gesellschaft verstanden und damit im gesamtgesellschaftlichen Normensystem verortet gesehen. Kommunikation wird nicht als Einfluss auf den von Kuhn noch inhaltlich gedachten Kern von Wissenschaft gedacht, sondern im Sinne von Einflüssen und Entscheidungen denen Wissenschaft unterliegt, wie z. B. Marktmechanismen, die den Ideenwettbewerb ermöglichen. Das Modell sieht die Begründungspflicht der Wissenschaft als Postulat, das sich in Form des Drei-Schritts von Argumentation, Reflexion und Widerspruch widerspiegelt (Fischer, Costazza et al. 1993).

Die beschriebenen Ausführungen vertreten ein Wissenschaftsbild, das im Hinblick auf die Untersuchung von Wissenschaft auf die Notwendigkeit der Betrachtung der Gemeinschaftsstruktur der Scientific Community sowie des

konzeptuellen Rahmens der Wissenschaft hinweist. Allen Ausführungen gemeinsam ist die konstruktivistische Auffassung der Herstellung objektiver Geltung wissenschaftlicher Aussagen über die Kommunikation - basierend auf einem spezifischen Denkmodell. Während Fleck und Kuhn Wahrnehmung aufgreifen und die Strukturebene des wissenschaftlichen Geschehens betrachten, überführen Fischer und Kollegen die Ansätze auf die Funktionalitätsebene. Die Betonung der Ausführungen auf die Kommunikation als konstitutives Element einer Wissenschaft deutet für den weiteren Verlauf der Arbeit auf die Verwendung eines literaturanalytischen Verfahrens zur Untersuchung des Standes der Hebammenwissenschaft als Wissenschaft hin.

Damit steht für diese Arbeit die Betrachtung des Konstituierungsprozess der sich entwickelnden Hebammenwissenschaft als eigenständiger Wissenschaftsbereich über die drei Grundthemen „Denkstilgemeinschaft“, „Paradigma“ und „Kommunikation“ fest.

Folgende, aus den Betrachtungen gewonnene Hypothesen, dienen der Vor- Strukturierung des anstehenden Forschungsprozesses:

1. Der Diskurs zum Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft ist nicht abschließend geführt.
2. Die Hebammenwissenschaft befindet sich im Konstituierungsprozess nach Kuhn in der Phase der Vorwissenschaft (Kuhn 1976).
3. Die Beschreibung einer hebammenwissenschaftlichen Theorie erfolgt über die publizierte Darlegung des konzeptuellen Rahmens einer Wissenschaft von Seiten der Scientific Community.
4. Das Fehlen einer theoriegeleiteten Definition des Hebammenwesens führt dazu, dass der Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft über das Thema Frauengesundheit erfolgt.
5. Die Rekonstruktion des Denkstils (Fleck 1999) der hebammenwissenschaftlichen Forschergemeinschaft ist über die Untersuchung ihrer publizierten Wissensbestände möglich.

6. Die Hebammenwissenschaft dient der Profilschärfung des Hebammenwesens über Beschreibung, Deklaration und Untersuchung des Arbeitsfeldes.

5. Ableitung der Forschungsfragen aus den Vorüberlegungen

Die in Kapitel 2 beobachteten Bedingungen der Hebammenwissenschaft in Deutschland verdeutlichen, dass in berufspolitischen und gesellschaftspolitischen Kreisen die Konstitution einer Hebammenwissenschaft zumindest als Denkmodell geleistet ist. Der Beginn der Institutionalisierung zeigt sich auf internationaler wie nationaler Ebene in der Verortung der Hebammenwissenschaft an Hochschulen in Form von Bachelor- und Masterstudiengängen. Wie es die Betrachtung der in Kapitel 3 dargestellten wissenschaftssoziologischen Modelle aufzeigt, geschieht der Vollzug einer Wissenschaft auf der Ebene ihrer Funktionalität in Form wissenschaftsspezifischer Kommunikation. Der ausschließliche Nachweis der Existenz einer Hebammenwissenschaft bzw. des Grades ihrer wissenschaftlichen Reife über ihre institutionelle Verortung und ihre Namensgebung wird daher als nicht ausreichend erachtet. Der vermutete Mangel an metatheoretischen Beschreibungsmodellen, wie er sich in der Anwendungsprüfung des Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“ andeutet, zeigt die Notwendigkeit einer zusätzlichen Untersuchung anhand der kommunizierten Wissensbestände der Forschergemeinschaft auf.

Ziel der Arbeit ist die Untersuchung des wissenschaftlichen Reifegrades (vgl. Kuhn 1976 S. 190) der Hebammenwissenschaft auf nationaler wie internationaler Ebene anhand der systematischen Analyse ihres in der publizierten Forschungspraxis kommunizierten Wissens mit Hilfe eines Literaturreviews unter Betrachtung der folgenden Fragestellungen:

1. Wird das Arbeitsfeld des Hebammenwesens in Abgrenzung zu angrenzenden Berufsgruppen in der Literatur theoriegeleitet abgeleitet und / oder beschrieben?

1.1. Wird das Arbeitsfeld von Hebammen beschrieben / definiert?

1.2. Wenn ja, wird er in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen beschrieben?

1.3. Welche Theorien zum Hebammenwesen gibt es?

2. Lassen sich Hinweise auf die Konstitution einer Hebammenwissenschaft finden?

2.1. Wie wird national und international Hebammenwissenschaft definiert?

2.1.1. Auf welche theoretischen Grundlagen greift die Scientific Community in der Definition einer Hebammenwissenschaft zurück?

2.2. Lassen sich anhand der Forschungslandschaft Aussagen zum Stand der Hebammenwissenschaft ableiten?

2.2.1. Was sind Merkmale der Forschungsliteratur?

- Welche Evidenzart dominiert die Forschungslandschaft?
- Welche Forschungsansätze herrschen national und international in der Forschungslandschaft vor?
- Welches Studiendesign ist vorherrschend?
- Lassen sich thematische Präferenzen ableiten?
- Wie setzt sich die Forschergruppe zusammen?
- Wer sind Initiatoren, Auftraggeber und Finanziers der Forschung?
- Welche Forschergruppen dominieren die Forschung?

2.2.2. Welche Beiträge zur Methodenentwicklung im Hebammenforschungsbereich sind veröffentlicht und welche werden eingesetzt?

6. Methodendiskussion

6.1. Der Diskursbegriff

Die Entscheidung, dass in der publizierten Forschungspraxis implizit vorliegende Wissenschaftsverstehen der Scientific Community anhand ihrer Wissenschaftsbestände zu rekonstruieren, ist in den Kapiteln 2 bis 4 sowie in Abschnitt 8.4.1 belegt. Die Kommunikation in Form von wissenschaftlichen Publikationen wird dabei als zentrales Diskurselement von Wissenschaftlern über die lokalen Community-Grenzen hinaus verstanden. Vor Auswahl einer Methode, die den Diskurs der Hebammenwissenschaft anhand ihrer publizierten Wissensbestände betrachtet, analysiert und rekonstruiert, bedarf es der Klärung des Diskurs-Begriffes und seiner Verwendung im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Im Gegensatz zu den in der Pflegewissenschaft und Hebammenwissenschaft häufig rezipierten Ansätzen von Foucault und Habermas, bezieht sich der in dieser Arbeit verwendete Diskursbegriff weniger auf ein gesellschaftstheoretisch-basiertes Verständnis sondern auf ein allgemeineres Verständnis, wie es Keller (Keller 2011), deutscher Soziologe, in Form eines gemeinsamen Grundkonsenses für die Sozialwissenschaften definiert:

„Diskurse lassen sich als mehr oder weniger erfolgreiche Versuche verstehen, Bedeutungszuschreibungen und Sinn-Ordnungen zumindest auf Zeit zu stabilisieren und dadurch eine kollektive verbindliche Wissensordnung in einem sozialen Ensemble zu institutionalisieren.“

(Keller 2011 S. 8)

In Anlehnung an die Ausführungen von Keller (vgl. Keller 2011 S. 10), die das Fehlen empirischer Methoden zur Diskursanalyse belegen, bedarf es im weiteren Verlauf der Arbeit der Konzentration auf ein dem Thema angemessenes literaturanalytisches Verfahren. Das Material, in dem sich der oben reflektierte Diskurs abbildet, ist die publizierte Forschungspraxis in der Hebammenwissenschaft.

6.2. Systematisches Review- ein literaturanalytisches Verfahren in Anlehnung an Cochrane und PRISMA

Die Erfassung des Diskurses zum Stand der Hebammenwissenschaft geschieht unter Beachtung der mit Hilfe der mehrdimensionalen Suchbewegungen identifizierten drei Diskursmerkmale, bei denen es sich zum einen um die philosophische Grundlegung einer Wissenschaft und zum anderen um deren Verortung in Denkfiguren sowie dem Wissensmanagement handelt. Die Entscheidung, die sich konstituierende Hebammenwissenschaft vor dem Hintergrund etablierter wissenschaftssoziologischer Theorien anhand ihrer publizierten Wissensbestände zu rekonstruieren, unterstellt ein den Publikationen implizit enthaltendes Wissenschaftsverständnis der Scientific Community. Diese Entscheidung bedarf der Auswahl einer Methode, die die zu erwartende Datenmenge zum einen kontrolliert und zum anderen qualitätsgesichert der Analyse zuführt.

In Kombination mit der sich aus der Anwendungsprüfung des Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“ resultierenden Hypothese, dass sich die Hebammenwissenschaft hauptsächlich über ihren wissenschaftlichen Vollzug abbildet anstatt auf metatheoretischer Ebene, fällt die Entscheidung für die Anwendung eines aus der Evidenzbasierten klinischen Praxis (EbcP) kommenden literaturanalytischen Verfahrens. Dieses ermöglicht die Diskurs-Eingrenzung mittels Auswahlentscheidung, der als relevant eingeschätzten Publikationen.

Die Entscheidung, sich der methodischen Vorgabe der Cochrane Collaboration zur Erstellung eines systematischen Reviews (Higgins JPT 2008) als Diskurs-darstellendes und Diskurs-analysierendes Verfahren zu bedienen, beruht zum einen auf ihrer Fähigkeit, große Mengen an Literatur unter spezifischen Gesichtspunkten zu sichten und auszuwählen sowie zum anderen darauf, diese qualitätsgesichert der Interpretation zuzuführen. Des Weiteren ermöglicht ein solches Verfahren die Darstellung des Diskurses anhand einer objektiven kriterialen Systematik, die abseits eines individual interpretatorischen Zugangs der Diskursanalyse angesiedelt ist. Im Bereich der Evidenzbasierten klinischen Praxis (EbcP) gilt sie als

klassische Methode des Wissensmanagements, die die Identifikation themenspezifischer Publikationen mittels vorab festgelegter Qualitätskriterien ermöglicht. Wichtiges Element ist das rekonstruktive Vorgehen, das die Darstellung der Feldwirklichkeit anhand eines methodengeleiteten und reproduzierbaren Vorgehens transparent, kritisch und unabhängig von der Person des Reviewers gestattet. Die von Seiten des Reviewers dezidiert dokumentierten Verfahrensschritte, erlauben die themenspezifische Diskurseingrenzung unabhängig vom Evidenzgrad der Diskursbestimmenden Literatur. Der Analyse können so sowohl Publikationen quantitativen als auch qualitativen Ursprungs zugeführt werden.

Dem methodischen Standard der Cochrane-Reviews folgend bedarf es im Vorfeld der Untersuchung, der Festlegung spezifischer Qualitätskriterien (vgl. Abschnitte 8.1 bis 8.3), die Einfluss auf die Review-leitenden Prozesse nehmen und der Sicherstellung der Ergebnisqualität dienen. Neben der Entwicklung einer Strategie, die die Auswahl des zu untersuchenden Materials im Diskursfeld bestimmt (in diesem Fall die in Kapitel 4 begründet dargelegte Entscheidung neben Publikationen mit metatheoretischem Inhalt zur Hebammenwissenschaft, sich über die Forschungslandschaft dem Thema zu nähern), gehört die Entwicklung eines Analyseinstrumentes, das neben der Erfassung der als konstitutiv beschriebenen Elemente einer Wissenschaft auch die Erfassung interpretativ auszuwertender Daten ermöglicht.

In Anwendung auf die vorliegende Arbeit ermöglicht ein in solcher Form aufgearbeiteter Diskurs das Erkennen wissenschaftlicher Ordnungsprinzipien, die im Verständnis traditioneller wie zeitgemäßer Wissenschaftstheorien den Rahmen einer Wissenschaft abbilden. Die mit Hilfe des Verfahrens identifizierten Beiträge der Forschergemeinschaft werden dabei als Resonanzphänomene des indirekt kommunizierten Denkstils gewertet.

In Ergänzung zur methodischen Vorgabe der Cochrane Collaboration (Higgins JPT 2008) erfolgt eine generelle Orientierung am Publikationsstandard für systematische Reviews, dem PRISMA Standard (Liberati, Altman et al. 2009). Das ebenso aus der EbcP kommende

Instrument dient der systematisierten und qualitätsgesicherten Berichterstattung von systematisch erstellten Übersichtsarbeiten aus dem Gesundheitswesen (www.equator-network.org Zugriff 28.10.2012). Neben der Sicherstellung der Qualität systematischer Übersichtsarbeiten, erleichtert es die Überprüfung von Detailinformationen in Publikationen und dient dem forschungsversierten Leser der Orientierung. PRISMA löst das 1999 erschienen QUOROM Statement ab, und folgt mit seiner aus 27 Items bestehenden Checkliste (vgl. Abbildung 36) der klassischen Publikationseinteilung von Fachartikeln. Für die vorliegende Arbeit wird neben der klassischen Gliederungseinteilung, die sich auch in den Cochrane Vorgaben wiederfinden (Higgins JPT 2008), der Vorschlag des Flussdiagramms hinzugezogen, mit dessen Hilfe dem Leser der Rechercheprozess graphisch verdeutlicht wird.

7. Interpretationsrahmen

Die Anwendungsprüfung (vgl. Abschnitt 8.4.1) der ersten 104 Treffer der Recherche zeigt auf, dass entgegen aller Vorerwartungen mit nur wenigen Publikationen zu rechnen ist, die sich auf theoretischer Ebene mit der Hebammenwissenschaft auseinandersetzen. Die Anwendung des normativ abstrakten Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“ verweist stattdessen vermehrt auf Literatur, die die Aktivität einer Wissenschaftsgemeinschaft offenlegt: die Forschung. Die Voruntersuchung verdeutlicht somit die Notwendigkeit der Entwicklung eines Analysemodells, das in Ergänzung zur Erfassung der als konstitutiv beschriebenen Elemente einer Wissenschaft, die Sammlung und Auswertung indirekter Aussagen ermöglicht, wie Forschungspublikationen sie liefern. Die folgenden beiden Abschnitte dienen zum einen der Erläuterung der Entwicklungsschritte des Analysemodells und zum anderen der Erklärung der Anwendung im Rahmen der Reviewauswertung.

7.1. Entwicklung des Analyserasters zur Interpretation der Daten

Um die identifizierte Literatur methodengeleitet auszuwerten, bedarf es der Entwicklung einer Systematik, die das vorgefundene Wissen im Sinne der Review-Fragestellungen, aufbereitet der Analyse zuführt. Als Grundlage dienen, neben dem aus der Wissenschaftssoziologie stammenden und in Kapitel 3 dargestellten Theorieansätzen, international anerkannte Publikationsstandards. Diese, aus der Medizin stammenden Publikationsstandards, dienen der Qualitätsüberprüfung wissenschaftlicher Publikationen und verweisen auf wissenschaftlich relevante Literatur. Sie sind Zeichen der Reife einer Wissenschaft (Shaughnessy, Slawson et al. 1994), die durch die Auseinandersetzung mit der systematischen Berichterstattung und Entwicklung entsprechender Assessmentinstrumente den Grad der unsystematisierten reinen Wissensproduktion und –publikation überwunden hat. Im Verständnis eines organisationszentrierten Ansatzes der Wissenschaftsbeschreibung dienen sie der Organisation der direkten Kommunikation einer Wissenschaft (vgl. Heintl in Fischer, Costazza et al.

1993). Die Analyse der Items ermöglicht dem Nutzer die Erfassung der Qualitätsgüte einzelner Publikationen. Als dezidiert ausgewählte Kriterien dienen sie in der Gesamtanalyse der Forschungsliteratur der punktuellen Erfassung der Bereiche, die innerhalb der Wissenschaft ausgereift sind. Aus dem Verständnis der EbcP kommend, deren Wurzeln in der Aufbereitung und Bereitstellung mehrheitlich quantitativer Daten liegt, bieten sie die Möglichkeit der dichotomen, aber auch mehrdimensionalen Auswertung anhand unterschiedlicher Kriterien-Ausprägungen.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Analyserasters in seinen einzelnen Schritten beschrieben, graphisch dargestellt (vgl. Abbildung 2) und erläutert (vgl. Tabelle 4 Interpretationsfolie). Es ermöglicht die Auslegung der in ihrer Güte variierenden Evidenzen, indem es im Sinne der Cochrane Vorgaben zur methodengeleiteten und nachvollziehbaren Erstellung eines Reviews (vgl. Higgins JPT 2008) als Interpretationsfolie über die identifizierte Literatur gelegt wird. Das Analyseraster wird in Form eines sogenannten Learning-Tool entwickelt, das die Integration neuer Erkenntnisse und somit neuer Kriterien oder auch Interpretationsdimensionen im Analyseverlauf ermöglicht.

Entwicklungsschritt eins umfasst im Rückgriff auf die Hypothesen und Forschungsfragen die Festlegung der theoretischen Beschreibungsmodelle sowie die Auswahl von Qualitätssicherungsstandards als Grundlage der kriterialen Systematik. Um der Heterogenität der unterschiedlichen Evidenzen gerecht zu werden, erfolgt die Orientierung an den im Anhang dargestellten Checklisten der Publikationsstandards PRISMA (Liberati, Altman et al. 2009) zur Berichterstattung von Reviews, CONSORT (Moher, Schulz et al. 2005) zur Berichterstattung randomisiert kontrollierter Studien (RCTs), STROBE (Gallo, Egger et al. 2011; Gallo, Egger et al. 2012) zur Berichterstattung von Beobachtungsstudien sowie COREQ (Tong, Sainsbury et al. 2007) zur Berichterstattung qualitativer Studien (siehe Abbildung 36, Abbildung 37, Abbildung 38 und Abbildung 39).

Da die Standards ursprünglich der Überprüfung der Publikationsqualität dienen, erfolgt im zweiten Entwicklungsschritt die Konzentration auf die Extraktion von Kriterien aus den Standards heraus, über deren Interpretation sich Aussagen zum Thema erhofft werden, wie z.B.

„Studientyp“, „Forschungsmethode“ oder „Funding“. Da die so entwickelten Kriterien als nicht ausreichend erachtet werden, um die Hypothesen zu prüfen, erfolgt die Generierung von Kriterien aus den Hypothesen bzw. Forschungsfragen heraus. Über das so entwickelte Kriterium „Auftraggeber“ werden beispielsweise Rückschlüsse auf den Grad des Außenkontaktes im Forschungsbereich der Hebammenwissenschaft erhofft. In Verbindung mit dem Publikationsstandard-basierten Kriterium „Funding“ können so Aussagen zur Verbindung zu Politik oder Wirtschaft erhärtet werden.⁴⁴

Der dritte Entwicklungsschritt konzentriert sich daher auf die Festlegung der Kriterien- Ausprägung. Dies geschieht zum einen scientific-community- und damit literaturbasiert. So erfährt z. B. das aus den Publikationsstandards entwickelte Kriterium „Studientyp“ eine Unterteilung anhand der in Fachkreisen anerkannten Terminologie „Experiment“, „Quasi- Experiment“, „Nicht-Experiment“, „Phänomenologische Studie“, „Ethnographische Studie“, „Historische Studie“ und „Fallstudie“ (Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003; Polit, Beck et al. 2004; LoBiondo-Wood and Haber 2005). Zum anderen bedarf es für das aus den Publikationsstandards entwickelte Kriterium „Funding“ der Übersetzung und Zusammenführung der einzelnen Gruppen in ein einfaches und allgemein verständliches Ordnungssystem, wie es die Unterteilung in „GO“⁴⁵, „NGO“⁴⁶ und „QUANGO“⁴⁷ ermöglicht. Des Weiteren folgt, der Idee des „Learning Tool“ entsprechend, die Entwicklung von Kriterien-Ausprägungen anhand von Vorgaben, die die identifizierte Literatur zur Verfügung stellt. So wird z. B. für die Merkmalsausprägungen des Kriteriums „Forschungsbereich“ auf internationale Publikationen zurückgegriffen, die für ihre Analysen bereits verschiedene

⁴⁴ Weingart führt in diesem Zusammenhang das dem traditionellen Wissenschaftsverständnis hinterlegte Autonomiebestreben der Wissenschaft an, das mit der „Freiheit von jeglicher (politischen) Einflussnahme“ einhergeht. Vgl. Weingart, P. (2003). Wissenschaftssoziologie. Bielefeld, Transcript-Verl. S. 54

⁴⁵ Governmental Organisation, eine staatliche Organisation, Vgl. Wikipedia Zugriff 21.11.2011

⁴⁶ Non-Governmental Organization, Nichtregierungsorganisation Vgl. Wikipedia Zugriff 21.11.2011

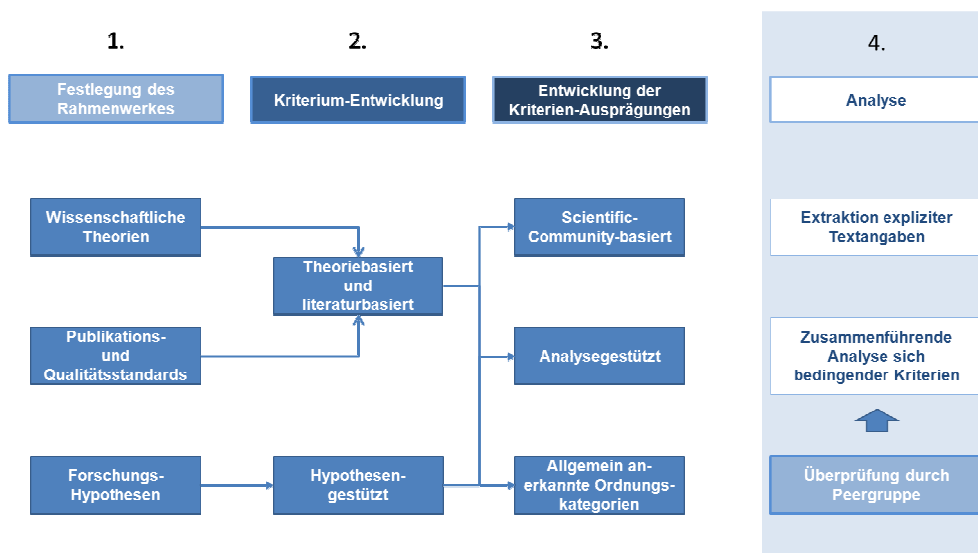
⁴⁷ Beschreibt eine Organisation, die im Rahmen eines Regierungsauftrages eigenständig tätig ist und teilweise oder vollständig durch Regierungsmittel finanziert wird. Vgl. Wikipedia Zugriff 21.11.2011

Forschungskategorien entwickelten (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003; Foster 2004).

Im Auswertungsverlauf, der als vierter Schritt entwickelt wurde, werden die Publikationen auf direkte Aussagen zu Kriterien und ihrer Merkmalsausprägungen hin untersucht, wie z. B. zu „Auftraggeber“ und „Funding“. Das Analyseraster dient hierbei als eine Art Interpretationsfolie, indem es eine Übersetzung der Angaben in staatliche oder nicht-staatliche Institutionen übernimmt. Gleichzeitig ermöglicht es, indirekte Aussagen aus den Publikationen abzuleiten. Beispielhaft genannt sind fehlende Angaben zu „Studententypen“, die sich anhand der Analyse von Angaben zu „Studienaufbau“ und der „Erhebungsmethoden“ ableiten lassen. Hier erfolgt im Analyseverlauf die erneute Überprüfung mit Unterstützung der Peer-Gruppe, um etwaige Interpretationsbias zu minimieren. Fehlende Angaben werden mittels Handrecherche nach Möglichkeit ergänzt.

Anhand des in Abbildung 2 dargestellten Entwicklungsalgorithmus sind die einzelnen Schritte nochmals bildhaft nachzuvollziehen, bevor in Abschnitt 7.2 die einzelnen Schritte anhand der einzelnen Kriterien und ihrer Ausprägungen belegt werden.

Abbildung 2 Entwicklungsalgorithmus des Analyserasters



Quelle: Eigene Darstellung

7.2. Darlegung des Analyserasters als Interpretationsfolie

Nachfolgend wird das Analyseraster mit seinen Kriterien und Ausprägungen sowie ihren Ableitungen vorgestellt. Zur Nachvollziehbarkeit der einzelnen Entwicklungsschritte erfolgt die Beschreibung der einzelnen Kriterien wie folgt:

Tabelle 3 Vorlage zur Beschreibung der Entwicklungsschritte des Analyserasters

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
1.	xxx	<p>1. Beschreibung des Kriteriums</p> <p>1.1. Entwicklungspfad des Kriteriums</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Theorie-basiert (Modelle der Wissenschaftssoziologie) ➤ Literatur- basiert (Publikations- und Qualitätsstandards) ➤ Hypothesengestützt <p>2. Beschreibung der Kriterien-Ausprägung</p> <p>2.1. Entwicklungspfad der Kriterien-Ausprägungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Community- basiert im Rückgriff auf wissenschaftliche Terminologien ➤ Analyse-gestützt (d. h. die Notwendigkeit der Angabe für die Auswertung wurde im Analyseverlauf erkannt) ➤ Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien ➤ Die Festlegung ist selbsterklärend (z. B. ja / nein) <p>3. Analyseerwartung an das Kriterium und seine Ausprägungen</p> <p>4. Erwartete Analyseprobleme</p>
2.	xxx	<p>1. Beschreibung des Kriteriums</p> <p>...</p>

Tabelle 4 Interpretationsfolie

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
1.	Laufende Nummer	<u>Beschreibung:</u> Kein Kriterium, sondern Item zur Ordnung der Literaturtreffer (Ordnungsitem)
2.	Autor	<u>Beschreibung:</u> Kein Kriterium, sondern Ordnungsitem
3.	Publikationstitel	<p><u>Beschreibung:</u> Kein Kriterium, sondern Ordnungsitem</p> <p>Die Publikationstitel werden in Form der Datenbankangaben übernommen. Abweichungen von Originaltiteln sind fehlerhaften Angaben von Seiten der Datenbanken geschuldet.</p>
4.	Veröffentlichungsdatum	<p><u>Beschreibung:</u> Die Angabe dient der vollständigen Erfassung der Publikation im Zusammenhang mit Autorenangaben und Titel.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Generierung des Kriteriums erfolgt Hypothesen-gestützt.</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u> Die Festlegung ist selbst-erklärend und geschieht anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien (Jahreszahlen).</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> In Kombination mit dem Kriterium „Region“ wird sich aus der Analyse des Publikationsjahres Rückschluss auf den Beginn der systematischen Ergebnispublikation eines Landes erhofft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
5.	Abschluss	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung nicht abgeschlossener Projekte und Studien.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Analyse-gestützt, d. h. die Notwendigkeit der Angabe für die Analyse wurde im Analyseverlauf erkannt</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
<p><u>Kriterienausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Keine Angaben <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung ist selbsterklärend und geschieht anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Untersuchung des Kriteriums gibt Auskunft über den Entwicklungsstand von Forschungsarbeiten.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Ergebnispublikationen verweisen in der Regel auf eine abgeschlossene Forschungsaktivität. Auf Grund der Publikationskultur im Bereich der Projektarbeit, die bereits eine Teilveröffentlichung vor Abschluss des eigentlichen Projektes erfährt, bedarf es der gesonderten Untersuchung auf Abschluss der einzelnen Projekte. Fehlende Angaben müssen in einer erneuten Handrecherche im Internet auf den erfolgten Abschluss überprüft und im Anschluss entsprechend kategorisiert werden. Um unvollständigen Publikationsangaben zu erfassen, bedarf es der Ergänzung um die Ausprägung „Keine Angaben“.</p>		
6.	Forschungs- ansatz	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Trends in der Forschung.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben der Publikationsstandards COREQ (Tong, Sainsbury et al. 2007) und STROBE (von Elm, Altman et al. 2008), sowie den beschriebenen Wissenschaftsmodellen entsprechend.</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quantitativ • Qualitativ • Quantitativ / Qualitativ <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung der Ausprägung erfolgt Community-basiert (Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003; Polit, Beck et al. 2004; LoBiondo-Wood and Haber 2005) anhand wissenschaftlicher Terminologien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über die Untersuchung des Kriteriums wird sich ein Einblick in das Wissenssystem der Wissenschaft erhofft. Gemeint sind hierbei innerdisziplinär anerkannte Paradigmata, die über den Forschungsgegenstand, Hinweis auf den Wissenschafts-inhärenten Denkstil geben. Hierzu gehören Angaben zu weiteren Kriterien, wie „Studententyp“, „Studienbeschreibung“, „Erhebungsmethode“ und „Forschungsbereich“. Die Auswertung des Kriteriums erfolgt zudem in Kombination mit der Untersuchung der Forschergruppe als Denkgemeinschaft der Hebammenwissenschaft. Hierzu gehören die Beschreibung der „Autorengruppe“ und ihre Zugehörigkeit zum Hebammenwesen sowie das Geschlecht der „Autoren“.</p> <p>Die Analyse des Kriteriums macht Aussagen über Trends in der Forschung, die ihren Ursprung im sensualistisch reduktiven (quantitativen Forschungsansatz) oder hermeneutischen Denkstil (qualitativen Forschungsansatz) haben. Im Auswertungsverlauf bedingen sich die Kriterien 6/7/8 und 9 wechselseitig. D. h., fehlen z. B. Publikationsangaben zum „Forschungsansatz“, so kann auf ihn über die</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Analyse der „Erhebungsmethoden“ geschlossen werden. „Studententyp“ (vgl. 7) und „Studienbeschreibung“ (vgl. 8) liefern hierbei ergänzende Hinweise. Im Zusammenhang mit dem Forschungsansatz ist die Frage nach den Wirkfaktoren von Interesse, die Ausschlag für die Wahl des entsprechenden Ansatzes gegeben haben könnten. Über die Wirkfaktoren lässt sich ein Erklärungsmuster ableiten, über das Rückschlüsse auf die Reife der Wissenschaft gezogen werden kann. Die Anzahl der Effektnachweisstudien kann z. B. vordergründig als Reifezeichen gewertet werden. Die Auswertung des „Studententyps“ (vgl. 7) im Zusammenhang mit den „Auftraggebern“ und der „Forschungsbegründung“ (vgl. 19) lässt dieses Merkmal jedoch evtl. unter dem Aspekt einer intendierten und abhängigen Forschung betrachten, die bei Häufung nicht auf eine unabhängig agierende Wissenschaft und somit reife Wissenschaft schließen lässt.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
7.	Studententyp	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Herangehensweisen (Studiendesign oder auch Studententyp), die die Wissenschaftsgemeinschaft in der Forschung präferiert.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben der Publikationsstandards COREQ (Tong, Sainsbury et al. 2007) und STROBE (von Elm, Altman et al. 2008), sowie den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimentelle Studie

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<ul style="list-style-type: none"> • Quasi- experimentelle Studie • Nicht-experimentelle Studie • Phänomenologische Studie • Grounded Theory • Ethnographische Studie • Historische Studie • Fallstudie • Keine Angaben (Keine eindeutige Zuordnung anhand der Publikationsangaben möglich) <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung der Ausprägung erfolgt Community-basiert anhand wissenschaftlicher Terminologien (Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003; Polit, Beck et al. 2004; LoBiondo-Wood and Haber 2005) in Abgleich zur Terminologie des COREQ-Publikationsstandards (Tong, Sainsbury et al. 2007).</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Auswertung des Kriteriums erlaubt die Ableitung einer Forschungs-Tendenz, von der sich vertiefende Rückschlüsse auf den Denkstil der Hebammenwissenschaft erhofft werden (vgl. Analyseerwartung des Kriteriums „Forschungsansatz“).</p> <p>Hierzu werden in einem ersten Schritt die Publikationen auf direkte Angaben untersucht. Bei fehlender Beschreibung erfolgt die Zuordnung unter Zuhilfenahme der Analyse des „Forschungsansatzes“ (6) und der „Studienbeschreibung“ (8). In einem zweiten Schritt erfolgt die Überprüfung dann durch die Peer-Gruppe.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
8.	Studienbeschreibung	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Textangaben, die eine explizite Beschreibung der Studie vornehmen.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben des Publikationsstandard STROBE (von Elm, Altman et al. 2008) entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u> den Publikationsangaben entsprechend</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Untersuchung der Studienbeschreibungen erfolgt, um auf Grund der differenzierten Analyse evtl. Rückschlüsse auf mögliche Präferenzen in der Forschungslandschaft und damit auf den vorherrschenden „Denkstil“ zu ziehen. Zudem unterstützt sie die Analyse des „Forschungsansatzes“ (vgl. 6) und der „Studientypen“ (vgl. 7), wenn entsprechend explizite Angaben im Text fehlen. Auf Grund der heterogenen Literaturangaben erfolgt vorerst die Übernahme der Begrifflichkeiten aus dem Text, um dann diese im Anschluss einheitlich zu kategorisieren. Die Erfassung der den Publikationen zu entnehmenden Angaben erfolgt zur Minimierung von Auswertungsbias, die auf Grund der Interpretation der Kriterien „Studientyp“, „Studienbeschreibung“ und „Erhebungsmethode“ entstehen können.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
9.	Erhebungsmethode	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient dem Erkenntnisgewinn bzgl. der in den Forschungsarbeiten verwendeten Methoden.</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben des Publikationsstandards PRISMA (Liberati, Altman et al. 2009) folgend, sowie den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriteriums-Ausprägung:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung geschieht Community-basiert</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über die Erhebung des Kriteriums und seiner Ausprägungen wird eine dezidierte Auflistung verwendeter Forschungsmethoden erwartet, die den Trend innerhalb der Forschungsgemeinschaft widerspiegeln. Zudem wird sich über die Erhebung des Kriteriums in Kombination mit „Forschungsansatz“ und „Studientyp“ Aufschluss über die „Denkstilprägung“ der Forscher erhofft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
10.	Region	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium beschreibt den Ort der Forschung und erlaubt die Erfassung von internationalen Forschungsk Kooperationen.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Generierung des Kriteriums erfolgt Hypothesen-gestützt.</p> <p><u>Kriteriums-Ausprägung:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p>Anmerkung: Unter der Bezeichnung United Kingdom (UK) werden die Gebiete England, Schottland und Wales subsumiert. Da Publikationen aus Irland keinen Hinweis auf Nord- oder Süd-Irland enthalten,</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>werden sie gesondert unter „Irland“ aufgeführt.</p> <p>Die Bezeichnung „International“ erfolgt, sobald mindestens zwei Regionen sich für die Forschungsplanung und -durchführung verantwortlich zeigen.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Erhebung des Kriteriums „Region“ ermöglicht einen Überblick über länderübergreifende und länderspezifische Forschungsaktivitäten. Gleichzeitig gestattet es den direkten Vergleich der Länder untereinander. In Kombination mit dem „Publikationsjahr“ lässt die Analyse Rückschlüsse auf die systematische Publikations-Tradition einer Region zu. In Kombination mit dem Kriterium „Forschungsschwerpunkt“ ermöglicht es die Erfassung von Themen in der länderspezifischen und länderübergreifenden Forschung und verweist indirekt über das Kriterium „Auftraggeber“ (in diesem Fall: regierungsnahen Organisationen) auf mögliche Bedarfe einer Gesellschaft.</p> <p>Die Erfassung ist auf Grund des angestrebten nationalen und internationalen Vergleichs notwendig.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
11.	Forschungsbereich	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erhebung von Themenschwerpunkten.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Generierung des Kriteriums erfolgt Hypothesen-gestützt sowie den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriterienausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsorganisation (Cheyne, Hundley et al. 2003) <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschreibt Abläufe von Versorgungsprozessen /

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		Qualitätsmanagement sowie geburtshilfliches Management (Raisler 2000)
		<ul style="list-style-type: none">• Klientenpräferenzen (Cheyne, Hundley et al. 2003)<ul style="list-style-type: none">○ inkludiert Untersuchungen zu Erfahrungen, wie z. B. Geburtserfahrung• Hebammen Kompetenzen und Fertigkeiten (Cheyne, Hundley et al. 2003)• Einstellungen / Standpunkte von Hebammen (Midwives Attitude) (Cheyne, Hundley et al. 2003)• Vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003)<ul style="list-style-type: none">○ in Ergänzung mit vulnerablen Männern / Familien (neu)• Vergleich Hebammen / Ärzte (Raisler 2000)<ul style="list-style-type: none">○ und Pflege (neu)• Versorgungsstruktur (Raisler 2000)<ul style="list-style-type: none">○ Umfasst Untersuchungen zum Setting• Ausbildungsforschung (neu)• Theorieentwicklung (neu)• Forschung und die Bedeutung für das Hebammenwesen (neu)• Forschungsanleitung (neu)<ul style="list-style-type: none">○ Umfasst auch Publikationen zu Forschungserfahrungen, die dem Leser in

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Form eines „Learningtools“ zur Verfügung gestellt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentenentwicklung (neu) • Forschungsspektrum: (neu) <ul style="list-style-type: none"> ○ umfasst Untersuchungen zu Themengebieten einer Hebammenwissenschaft • Juristische Themengebiete (neu) • Hebammengeschichte (neu) <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf anhand von Angaben identifizierter Reviews zu den Themengebieten der Hebammenforschung und literaturgestützt anhand im Analyseverlauf identifizierter neuer Themengebiete. Letztere werden mit dem Hinweis „neu“ versehen.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über die Darstellung der thematischen Forschungsschwerpunkte wird sich Aufschluss über den aktuellen Gegenstandsbereich der Hebammenwissenschaft erhofft. Gleichzeitig erfolgt eine Einschätzung der Abgrenzungstendenz der Disziplin durch verstärkte Forschungsaktivität zum Aufgabenbereich des Hebammenwesens in Abgrenzung zu angrenzenden Disziplinen/Berufsgruppen. Die Kombination mit dem Kriterium „Publikationsjahr“ ermöglicht den Nachvollzug des zeitlichen Auftretens der Themenschwerpunkte. Hieraus lassen sich Aussagen über Entwicklungsschritte der Hebammenwissenschaft und ihres Gegenstandsbereiches ableiten. In Kombination mit der „Region“ werden die Forschungsschwerpunkte der einzelnen Länder</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>deutlich. Aufschluss über die Bedarfe einer Region und Aussagen zur (Un-)abhängigkeit der Forschungsaktivität wird sich über die Kombination mit den Kriterien „Auftraggeber“ und „Funding“ erhofft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Im Analyseverlauf wird mit Publikationen gerechnet, deren Einsortierung nicht eindeutig möglich ist. Zur Minimierung von Interpretationsbias erfolgt daher die Überprüfung nicht eindeutig zuordenbarer Forschungsbereiche durch die Peergruppe.</p>
12.	Endpunkte beschrieben	<p><u>Beschreibung:</u> Ordnungssystem und Kriterium zur Erfassung dezidiert Angaben zu klinischen Endpunkten.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben des Publikationsstandards CONSORT (Moher, Schulz et al. 2005) entsprechend.</p> <p><u>Kriterienausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung ist selbsterklärend und geschieht anhand allgemein anerkannter Cluster.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Erhebung des Kriteriums liefert eine Aussage, inwieweit der Begriff Endpunkt / Endpoint bzw. seine Synonyme für klinische Studien reserviert ist, oder auch im qualitativen Design Verwendung findet. Das Ergebnis kann im Hinblick auf eine Methodendiskussion zur Endpunktentwicklung in der Hebammenwissenschaft an</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Bedeutung gewinnen. Für die aktuelle Untersuchung der Hebammenwissenschaft ist der Aspekt von untergeordneter Bedeutung und dient daher als Ordnungssitem.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
13.	Angaben zur Endpunktbestimmung	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung dezidierter Angaben zur Methode der Endpunktgenerierung.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt Literatur-basiert den Angaben des Publikationsstandards STROBE (von Elm, Altman et al. 2008) entsprechend.</p> <p><u>Kriterienausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explizit (literaturgestützt) • Explizit / Nicht erfolgt (teils literaturgestützt und teils ohne weitere Ausführungen) • Implizit (Entwicklung durch den Forscher) • Nicht erfolgt (Keine Angaben zur Methode der Endpunktgenerierung) <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung ist selbsterklärend</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Auswertung des Kriteriums macht Aussagen über die Herangehensweise einer Forschergemeinschaft zur Untersuchung ihres Gegenstandes. Das methodengeleitete, weil literaturgestützte Vorgehen wird im Rahmen der Arbeit als wissenschaftsbasiertes Vorgehen gewertet auf Grund des Rückgriffs auf das Wissen der Scientific Community. Die Nutzung implizit generierter Endpunkte verweist dagegen auf Expertenmeinungen und zeigt die Verhaftung im</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>eher traditionellen Denkstil. Eine erkennbare Harmonisierung und Standardisierung von Endpunkten gibt zudem Hinweise auf den Stand der Methodendiskussion innerhalb des Denkstilkollektivs (vgl. „Endpunkte / Zielsetzungen“).</p> <p>In Kombination mit den Kriterien „Auftraggeber“, „Funding“ und „Endpunkte“ ergeben sich Rückschlüsse auf den Einfluss der Außenperspektive (Gesellschaft / Wissenschaft / Wirtschaft) auf den Gegenstand der Wissenschaft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
14.	Endpunkte/ Ziel- setzungen	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der einzelnen Erfassung der verwendeten Endpunkte.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt literaturbasiert den Angaben der Publikationsstandards CONSORT (Moher, Schulz et al. 2005) und STROBE (von Elm, Altman et al. 2008) entsprechend.</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u> Den Publikationsangaben entsprechend</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über die Analyse des Kriteriums wird sich ein Überblick über die in der Community verwendeten Endpunkte erwartet. Eine vertiefende Analyse kann im weiteren Verlauf, Aussagen zum Entstehungshintergrund und damit zum Stand der Harmonisierung und Standardisierung der Endpunkte einer Disziplin geben, die sich in der methodischen Qualität, der Machbarkeit sowie ihrer Eignung für spezifische Forschungsfrage aufzeigt (vgl. Ohmann 2010). Zudem eröffnet sich über die</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Analyse das Feld der innerdisziplinär geführten Methodendiskussion, über das auf den Reifegrad einer Wissenschaft geschlossen werden kann.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
15.	Autorengruppe	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Beschreibung der Forschergruppe anhand ihrer Verbindung zum Hebammenwesen.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt literaturbasiert den Angaben des Publikationsstandards COREQ (vgl. Domaine 1 Tong, Sainsbury et al. 2007 S. 351) sowie den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht dem Hebammenwesen zuordenbar • Mindestens eine Hebamme ist Teil der Autorengruppe • Beziehung zum Hebammenwesen gegeben durch Zusatzbezeichnungen (z. B. School of Midwifery, Lecture in Midwifery usw.) • Keine Angaben <p><u>Entwicklungspfad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung anhand eines im Analyseverlaufs angepassten Ordnungssystems <p><u>Analyseerwartung:</u> Das Kriterium dient der Feststellung, inwieweit die Berufsgruppe der Hebammen in Forschungsaktivität involviert ist und selbst publiziert, oder das Feld von Berufsgruppen abseits des Hebammenwesens dominiert wird. Über die Publikationen gibt das Kriterium Auskunft zur Zusammensetzung der Scientific Community einer</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Hebammenwissenschaft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Unterschiedliche Publikationsvorgaben der Fachjournale zu den Autorenvorgaben können zu Verzerrungen der Auswertung und daher zu Auswertungsbias führen. Die Erfassung des Kriteriums dient nicht der Verfolgung der akademischen Karrieren der einzelnen Autoren, sondern bezieht sich allein auf deren Verbindung zum Hebammenwesen.</p>
16.	1. Autor	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung des Geschlechts des sich für die Publikation verantwortlich zeigenden Autors.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt literaturbasiert den Angaben des Publikationsstandards COREQ (vgl. Tong, Sainsbury et al. 2007 Domaine 1, S. 351) entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiblicher 1. Autor • Männlicher 1. Autor • Keine Zuordnung möglich <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung ist selbsterklärend und geschieht anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Erhebung des Kriteriums ist zum einen auf Grund der Einflussnahme des Geschlechts auf die Forschungsdurchführung von Interesse (vgl. Publikationsstandard COREQ (vgl. Tong, Sainsbury et al. 2007 S. 351). Zum anderen erlaubt es einen Rückschluss, inwieweit das Denkestilkollektiv von einem Geschlecht dominiert</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>wird.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Möglicherweise ist nicht allen Autorenangaben der Vorname des Autors vollständig zu entnehmen, oder der Vorname liefert keinen eindeutigen Hinweis auf das Geschlecht des Autors, der eine Einsortierung gemäß der Ausprägungen ermöglicht. Daher erfolgt im Analyseverlauf die Ergänzung um die Ausprägung „keine Zuordnung möglich“.</p>
17.	Auftraggeber	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung der Auftraggeber von Forschungsaktivitäten im Feld der Hebammenforschung.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt literaturbasiert den Angaben des Publikationsstandards COREQ (vgl. Domaine 1 Tong, Sainsbury et al. 2007 S. 351) sowie den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben • GO (Governmental Organization/ Regierungsorganisation: politisch besetzt, z. B. Behörden) • NGO (Non-Governmental Organization/ Nicht-Regierungsorganisation: nicht politisch besetzt, z. B. Industrie, Unternehmen usw.) • QUANGO (Quasi Non-Governmental Organization / Organisation, die im Rahmen eines Regierungsauftrages eigenständig tätig ist und teilweise oder vollständig durch Regierungsmittel finanziert wird: z. B.: Universitäten, Körperschaften,

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Fachgesellschaften, Verbände)</p> <ul style="list-style-type: none"> Keine eindeutige Zuordnung möglich <p><u>Entwicklungspfad:</u> Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über das Kriterium werden sich Rückschlüsse erhofft, inwieweit in Forschungsaktivitäten Auftraggeber involviert sind, die außerhalb der Wissenschaft angesiedelt sind.</p> <p>Die Autonomie einer Wissenschaft ist den traditionellen Wissenschaftsmodellen zufolge ein konstitutives Zeichen von Wissenschaft und drückt sich durch Freiheit in Lehre und Forschung aus (vgl. Weingart 2003 S. 54). Auftraggeber und Geldgeber (Funding) können in diesem Verständnis Hinweis auf die Beeinflussung der Forschung von außen geben. Im Gegenzug beschreiben zeitgemäße Wissenschaftsmodelle, für die die Organisation und Kommunikation als konstitutive Elemente stehen, den stabilisierenden Faktor des Außenkontaktes bzw. dessen strategische Nutzung durch die Wissenschaft selbst (vgl. Weingart 2003 S. 48). In der modernen Definition von Fischer und Kollegen wird Wissenschaftsautonomie verstanden als Selbstregulierung und bedeutet die Übernahme der „Verantwortung für das Ganze von Wissenschaft“ (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 22 und S. 59), nämlich den eigenen Regeln einer Wissenschaft in selbstbestimmten Formen nachgehen zu können (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 225) und impliziert nicht die absolute Abgrenzung nach außen. Ein solches Verständnis der Wissenschaftsautonomie schützt, lt. Fischer und Kollegen, das optimale</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Funktionieren von Wissenschaft auf objektiver und sachlicher Ebene.</p> <p>Die Interpretationsfolie dient der Beschreibung des Ist- Zustands einer Wissenschaft auch unter Betrachtung der Berührungspunkte nach außen. Die Analyse der Außenkontakte anhand der Interpretationsfolie zeigt den Grad einer möglichen Einflussnahme auf, indem sie zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen unterteilt. Der Grad der Fremdregulierung (Heteronomie) könnte in Kombination mit Überprüfung der Kontrolle der Lehre durch Außen verhärtet werden.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Eventuell lassen sich nicht alle genannten Auftraggeber eindeutig einer Gruppe zuordnen. Daher wird die Kriteriums-Ausprägung im Verlauf der Analyse um das Merkmal „Keine eindeutige Zuordnung möglich“ erweitert.</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
18.	Funding	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung der Finanziere von Forschungsaktivitäten im Feld der Hebammenforschung.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt literaturbasiert den Angaben des Publikationsstandards COREQ (vgl. Domaine 1 Tong, Sainsbury et al. 2007 S. 351), STROBE (von Elm, Altman et al. 2008) und PRISMA (Liberati, Altman et al. 2009) entsprechend.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Angaben • GO (Governmental Organization / Regierungsorganisation: politisch besetzt, z.B. Behörden) • NGO (Non-Governmental Organization / Nicht-Regierungsorganisation: nicht politisch besetzt, z.B. Industrie, Unternehmen usw.) • QUANGO (Quasi Non-Governmental Organization / Organisation, die im Rahmen eines Regierungsauftrages eigenständig tätig ist und teilweise oder vollständig durch Regierungsmittel finanziert wird: z. B: Universitäten, Körperschaften, Fachgesellschaften, Verbände) • Keine eindeutige Zuordnung möglich <p><u>Entwicklungspfad:</u> Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über das Kriterium werden Rückschlüsse erhofft, in welchem Grad die Wissenschaft in ihrer Forschungstätigkeit von welchen Geldgebern abhängig ist.</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>Zur Problematik der Wissenschaftsautonomie siehe Analyseerwartung des Kriteriums „Auftraggeber“ (vgl. 17).</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Eventuell lassen sich nicht alle genannten Finanziers eindeutig einer Gruppe zuordnen. Daher wird die Kriterium-Ausprägung im Verlauf der Analyse um das Merkmal „Keine eindeutige Zuordnung möglich“ erweitert. Obwohl anzunehmen ist, dass vom Auftraggeber auch auf den Geldgeber zu schließen ist, wird die Merkmalsausprägung bei fehlenden Publikationsangaben um das Item „keine Angaben“ erweitert, um eine korrekte Analyse zu gewährleisten. Bei mehreren Nennungen erfolgt die Einsortierung nach dem Erst-genannten.</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
19.	Forschungsbegründung	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Aussagen zu Gründen der Forschungsdurchführung.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt indirekt den beschriebenen Theoriemodellen entsprechend.</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Arbeit im Rahmen eines Studiums• Auftragsforschung• Dissertation• Empfehlungen des Gesetzgebers, Fachgesellschaften usw.• Graduiertenförderung• Master-/Diplomarbeit• Wissenschaftliches Interesse• Keine Angaben <p><u>Entwicklungspfad:</u> Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Über die Erhebung des Kriteriums werden erweiterte Aussagen zu den Bedingungen von Forschungsaktivitäten erwartet. Es zeigt auf, inwieweit Forschungsaktivität aus den eigenen Reihen durch Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses, auf Basis normativer Anforderungen oder durch Auftraggeber, initiiert wird. Die Erhebung des Kriteriums liefert zusätzliche Erkenntnisse zum Grad der Autonomie einer Wissenschaft durch Beachtung ihrer Außenbedingungen. Vergleiche hierzu Analyseerwartungen</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		<p>des Kriteriums „Auftraggeber“ und „Funding“.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> Auf Grund der Publikationsvorgaben der Fachzeitschriften sind evtl. nicht allen Publikationen entsprechende Angaben zu entnehmen.</p>
20.	Forschungsethik	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung der Einhaltung ethischer Kriterien in klinisch experimentellen Studien.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u> Anhand des Qualitätsstandards GCP (Dept. of Health and Human Services 1996) und der Deklaration von Helsinki (59th WMA General Assembly 2008)</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> GCP bildet ein Rahmenkonzept für die wissenschaftliche und ethische, qualitativ hochwertige Planung, Durchführung, Dokumentation und Berichterstattung von klinischer Forschung am Menschen. Es handelt sich um einen aus der Medizin kommenden, international anerkannten Qualitätssicherungsstandard, der für den Bereich der klinisch experimentellen Forschung Strategien der Qualitätssicherung bereithält. Die Analyse der im Studienverlauf beachteten Ethik- Elemente, die in den GCP Vorgaben enthalten sind, gibt einen Einblick in das Wissenschaftsverständnis der Forscher. Die Einhaltung ethischer Grundsätze in der Forschung am Menschen entsprechend der Deklaration von Helsinki zeigt auf, dass sich die Forscher ihrer Verantwortung dem Menschen gegenüber bewusst sind. Die Analyse liefert ergänzende Hinweise, über die auf den Reifegrad einer</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		Wissenschaft geschlossen werden kann, indem international anerkannte Forschungsstandards Verwendung finden. <u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine
21.	Evidenzart	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung der Art der Literatur.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Entwicklung des Kriteriums erfolgt den Angaben des Qualitätsstandards der Cochrane-Collaboration (Higgins JPT 2008) entsprechend.</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Buch • Journal Article • Projekte • Review • Studie <p><u>Entwicklungspfad:</u> Festlegung anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Es handelt sich um ein reines Ordnungskriterium. Im Hinblick auf die Einschätzung von Forschung, ermöglicht es die Identifikation von Projektforschung. In Kombination mit „Funding“ und „Auftraggeber“ kann es die Hypothese stützen, dass es sich bei Projektforschung um politisch intendierte Forschung handelt.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
22.	Datenbank	<p><u>Beschreibung:</u> kein Kriterium sondern Ordnungsitem</p> <p><u>Anmerkung:</u> Die Dokumentation des Items erfolgt, um auf evtl. Auswertungsbias auf Grund des</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		Datenbankcharakters hinweisen zu können.
23.	Standorte	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung deutschsprachiger Forschungsstandorte</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Entwicklung im Analyseverlauf</p> <p><u>Kriterien-Ausprägung:</u> Anhand der Publikationsangaben</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Festschreibung der Forschungsstandorte als Kriterium erweist sich im Verlauf der deutschsprachigen Handrecherche notwendig, da diese über die Forschungsstandorte erfolgt. Das Kriterium ermöglicht die Untersuchung der Forschungstrends getrennt für Deutschland, Österreich und der Schweiz. Die dezidierte Untersuchung der einzelnen Forschungsstandorte erlaubt zudem Aussagen zur disziplinübergreifenden Besetzung der deutschsprachigen Hebammenwissenschaft.</p> <p><u>Erwartete Analyseprobleme:</u> keine</p>
24.	Deutschsprachig / International	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung deutschsprachiger, getrennt von internationalen Publikationen.</p> <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Generierung des Kriteriums erfolgt hypothesengestützt.</p> <p><u>Kriterium-Ausprägung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutschsprachig • International <p><u>Entwicklungspfad:</u> Die Festlegung ist selbsterklärend und geschieht anhand allgemein anerkannter Ordnungskategorien.</p> <p><u>Analyseerwartung:</u> Die Analyse in Kombination mit</p>

Nr.	Kriterium	Anmerkungen
		dem „Publikationsjahr“ zeigt die zeitlich differierende Entwicklung der Hebammenwissenschaft für den internationalen und deutschsprachigen Raum auf.

8. Ein internationaler Überblick zur Hebammenwissenschaft und Theoriebildung im Hebammenwesen - ein systematisches Review

Um die Qualität der Analyse der von der Forschungsgemeinschaft publizierten wissenschaftlichen Kommunikation zu gewährleisten, erfolgt, wie in der Methodendiskussion dargelegt (vgl. Abschnitt 6), die Orientierung an den formalen Anforderungen der Cochrane Collaboration (vgl. Higgins JPT 2008) zur Erstellung eines Reviews sowie des PRISMA Statements zur Berichterstattung von systematischen Reviews (Liberati, Altman et al. 2009). Dabei bietet die, aus der EbcP (Evidence based clinical Practice) kommende Cochrane Collaboration, mit ihrer Methode der Reviewerstellung ein analytisches Vorgehen zur Betrachtung von Beiträgen mit eher quantitativer Ausrichtung. Eine entsprechende Adaption des Verfahrens, das, dem Konzept der EbcP entsprechend, auf die Bereitstellung der Best zur Verfügung stehenden Evidenz (vgl. (SACKETT, SCOTT et al. 1996) ausgerichtet ist, gestattet die Nutzung des Verfahrens zur Untersuchung unterschiedlicher Evidenzarten. Die Abweichung einzelner struktureller Abschnitte der vorliegenden Arbeit von der formalen Gliederung eines Cochrane Reviews (Higgins JPT 2008) ist dabei der notwendigen Anpassung geschuldet. Während sich im Rechercheaufbau an den formalen Vorgaben orientiert wird, erfolgt die Adaption des Verfahrens für die Bereiche der systematischen Aufbereitung des aus unterschiedlichen Literaturtypen bestehenden Datenmaterials sowie für die Entwicklung eines entsprechenden theoriegeleiteten Analysemodells (vgl. Abschnitt 7 Interpretationsrahmen). Letzteres basiert auf der orthogonalen Verknüpfung von Theorien und den aus ihnen entwickelten Kriterien, die, abseits einer heuristischen Interpretation, die Auswertung anhand quantitativer Daten gelingen lässt. Entsprechend dem PRISMA Statement (Liberati, Altman et al. 2009) als Publikationsstandard zur Berichterstattung systematischer Reviews, findet das vorliegende Review Ergänzung durch diverse graphische Darstellungen zur Veranschaulichung des Recherchevorgehens.

8.1. Methodendarlegung der systematischen Literaturrecherche

Die Orientierung an den methodischen Vorgaben der Cochrane Collaboration erlaubt, neben der methodisch durchdachten und umfassenden Suche nach den bestmöglichen Evidenzen, die systematische Analyse des Datenmaterials und der entsprechenden Ergebnispräsentation. Das beigefügte Rechercheprotokoll (vgl. Band II der Dissertationsschrift), das die Entwicklung des Recherchevorgehens dokumentiert, dient der Einhaltung des Qualitätskriteriums der Reproduzierbarkeit durch Dritte, der Darlegung der Einbehaltung der Objektivität in der Evidenzauswertung sowie der Kontrolle der Vollständigkeit des gefundenen Datenmaterials.

In die Bearbeitung aufgenommen wurden folgende Leitkriterien:

- Darstellung der Datenbank(en)
- Darstellung verwendeter Suchbegriffe und Suchkonzepte zur Darlegung der Recherchestrategie
- Darstellung der Suche mit Trefferanzahl
- Typ der gefundenen Arbeiten
- Festlegung von Ein- Ausschlusskriterien

8.1.1. Datenbankauswahl

Die Datenbankauswahl geschieht vor dem Hintergrund der Nähe der einzelnen Datenbanken zum Thema und ihrer Zugänglichkeit.

Datenbanken:

- PubMed
- Cochrane
- MIDIRS
- CINAHL

Metadatenbank:

- Medpilot

Handrecherche:

- Abgleich der Referenzlisten relevanter Artikel
- Internetrecherche der Forschungsstandorte

8.1.2. Suchbegriffe und Suchkonzepte

Die Suche findet den Vorgaben entsprechend in deutscher und englischer Sprache statt. In Abhängigkeit der Verschlagwortungstiefe der einzelnen Datenbanken wird die Suche mit Hilfe von MeSH (Medical Subject Headings) Trees und freien Suchbegriffen durchgeführt.

Deutsche Suchbegriffe und –konzepte

- Hebammenwissenschaft
- Hebammenforschung

Englische Suchbegriffe und –konzepte für PubMed und Cochrane

- Science of midwifery
- Science of midwifery [MeSH]
- Midwifery
- midwifery [MeSH]
- Midwife
- Nurse Midwives [MeSH]

in Kombination mit

- Definition
- "Research/methods" [MeSH] OR "Research/standards" [MeSH] OR "Research/statistics and numerical data" [MeSH] OR "Research/trends" [MeSH]
- "Data Collection/methods" [MeSH] OR "Data Collection/standards" [MeSH] OR "Data Collection/statistics and numerical data" [MeSH] OR "Data Collection/trends" [MeSH]

- "Nursing Methodology Research/classification" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/history" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/instrumentation" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/methods" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/standards" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/statistics and numerical data" [MeSH] OR "Nursing Methodology Research/trends" [MeSH]
- Nursing Theory [MeSH]

CINAHL:

- Science of midwifery [MeSH]
- Science of midwifery
- Midwifery [MeSH]
- Research, Midwifery [MeSH]
- Nurse Midwives [MeSH]
- Nurse Midwifery [MeSH]

in Kombination mit

- Research [MeSH]
- Nursing Theory [MeSH]

MIDIRS

- Science of midwifery
- Midwi*
 - (Article Titel)
 - (Publication)
 - (Subjekt Terms)

in Kombination mit

- Research (all fields)

- Nursing theory
- Trends

8.1.3. Evidenzbeurteilung

Um eine grundsätzliche Einschätzung der Güte der gefundenen Literatur vornehmen zu können, erfolgt die Orientierung anhand der Typologie der vorgefundenen Kommunikation. Diese Vorgehensweise begründet sich aus dem Interesse an der Wissensgenerierung im Generellen und nicht an der internen Validität einzelner Publikationen. Die zu erwartende Heterogenität der Diskursbeiträge erfordert daher die Festlegung eines Taxonomieschemas, das abweichend von dem in der EbcP (Evidenzbasierten klinischen Praxis) gebräuchlichen Oxfordschemas (www.cebm.net/index, Zugriff 16.06.2012), eine Einordnung der Evidenzen der Typologien entsprechend vornimmt:

Tabelle 5 Evidenzarten

Studie	Verweist auf Ergebnispublikationen von Forschungsarbeiten
Projekte	Verweist auf als Projekt gekennzeichnete Forschungs- und Entwicklungsvorhaben
Reviews	Verweist auf Übersichtsarbeiten und systematische Reviews
Journal Article	Verweist auf Fachartikel, die Expertenmeinung wiedergeben
Bücher	
Kongressbeiträge	Verweist i.d.R. auf mündliche Kongress-Vorträge
Poster Präsentationen	Verweist auf schriftliche Kongress-Beiträge
Editorials	Verweist auf Vorworte / Themeneinführungen in Fachzeitschriften

8.1.4. Filtereinstellungen

Falls erforderlich erfolgt die Einstellung der Suche im Feld Limits über:

- Sprache: Englisch / Deutsch
- Abstract
- Humanes

8.1.5. Ein- und Ausschlusskriterien

Einschluss

- Publikationen, die sich mit dem Hebammenwesen auseinandersetzen
Die Einordnung geschieht entweder / oder über
 - Themengebiete, die sich mittels ICM Core Competencies eindeutig dem Hebammengebiet zuordnen lassen, oder im Text Hinweise liefern, dass sie dem Hebammengebiet zugeordnet sind
 - Autoren, die sich eindeutig dem Hebammenwesen zuordnen lassen (z. B. anhand der Berufsbezeichnung oder Zugehörigkeit zu einer entsprechenden Institution)
 - Bei berufsgruppenübergreifenden oder nicht den ICM Kompetenzen zuordenbaren Themengebieten erfolgt der Einschluss über den Nachweis der Autorenschaft zum Hebammenwesen
- Volltexte mit Abstrakt zum Thema.
Ausnahme bilden hier deutschsprachige Datenbanken und Fachzeitschriften aus dem Hebammenwesen, die Publikationen kein Abstrakt voranstellen. Hier erfolgt die Orientierung anhand der Aussagekraft des Titels und ggf. am anschließenden Volltextstudium
- Veröffentlichung der Originalarbeit in deutscher und / oder englischer Sprache

Ausschluss

- Nicht über nationale Bibliotheken zugängliche Literatur
- Aufgrund eingeschränkter bibliographischer Informationen nicht nachvollziehbare Publikationen
- Unveröffentlichte Qualifikationsarbeiten
- Beiträge, die die Meinung des Autors wiedergeben, wie z.B. Editorials, Leserbriefe und persönliche Erfahrungsberichte
- Posterpräsentationen, Reviewprotokolle sowie gekürzte Darstellungen von Reviews wie Brief Records sowie Structured Abstracts.
- Kongressbeiträge, die nur in Form von Abstrakts vorliegen
- Abstrakts, denen kein Vollartikel folgt
- Veröffentlichungen in bibliographisch nicht gelisteten Fachzeitschriften, wie z. B. Verbandszeitung⁴⁸
- Artikel über die Ausübung von geburtshilflichen Tätigkeiten durch nicht ausgebildete Personen (traditional birth attendants, traditional midwives, lay midwives, traditional healer usw.)

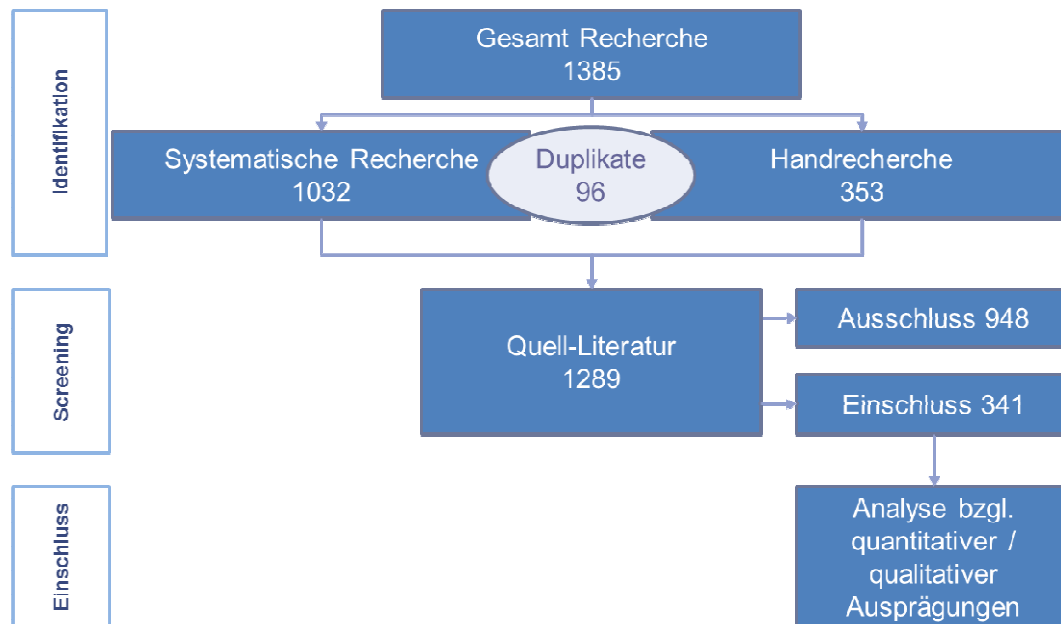
Auf einen Ausschluss von Literatur auf Grund des Alters der Evidenz wird verzichtet, um die historische Entwicklung des Themas verfolgen zu können.

⁴⁸ Diese Publikationen werden als populärwissenschaftliche Beiträge gewertet, die auf ein Peer-Review und somit auf die Kontrollinstanz durch die wissenschaftliche Peergruppe verzichten. Die Bewertung der Expertengruppe dient dabei der Einschätzung des „komplexen und hochgradig differenzierte Spezialwissen“, das Wissenschaft erzeugt sowie der Überprüfung der Qualität und Relevanz der Forschungsergebnisse.

Vgl. www.humboldt-foundation.de/pls/web/docs/F13905/12_disk_papier_publicationsverhalten2_kompr.pdf (2009). Publikationsverhalten in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen - Beiträge zur Beurteilung von Forschungsleistungen. 12/2009.

8.2. Graphische Darstellung des Suchverlaufes

Abbildung 3 Recherche Flow-Chart



Quelle: Eigene Darstellung

8.3. Beurteilungsraster der Literaturlauswertung

Die folgende Tabelle zeigt beispielhaft die Anwendung des in Tabelle 4 Interpretationsfolie) ausgeföhrten Analyserasters. Abweichungen von der in der Tabelle 4 dargestellten Reihenfolge der Kriterien sind dem Auswertungsmodus geschuldet.

Tabelle 6 Beispiel: Auswertungstabelle

Nr.	Autor	Titel	Veröff. datum	Ab-schluss	Forschungs-ansatz
	Hindley C, 1 Thomson AM.	The rhetoric of informed choice: perspectives from midwives on intrapartum fetal heart rate monitoring.	2005	Ja	Qualitativ
...


Studientyp	Studienbe-schreibung	Erhebungs-methode	Region	Forschungsbereich	Endpunkt beschrieben
Phänomeno-logische Studie	keine Angaben	Interviews (halb-strukturiert)	UK	Einstellungen / Standpunkte von Hebammen (midwives attitude)	nein
...

Angaben zur Endpunkt-bestimmung	Autoren-gruppen	I. Autor	Auftraggeber	Funding	Forschungs-begründung
	Mind. eine Hebamme ist Teil der Autoren-gruppe	weiblicher 1. Autor	Keine Angaben	GO	Keine Angaben
...

Endpunkte	Evidenz-art	Daten-bank	Stand-orte	National/International	Forschungs-ethik
„Studienziel“ Auswirkung perinataler Gerichtsverfahren auf die professionellen Handlungsweisen von Hebammen und Geburtshelfern • ...	Studie	Pubmed		International	Ethik-kommission, Informed consent
...

8.4. Rechercheergebnisse

Die im folgenden Abschnitt vorgenommene Beschreibung der Rechercheergebnisse dient der reinen berichtenden Darlegung des Recherchevorgangs und seiner Treffer unabhängig von den Forschungsfragen. Die vorgenommene Ordnung der wissenschaftlichen Kommunikation der Forschergemeinschaft basiert auf den im Rechercheverlauf identifizierten Forschungsbereichen. In Form der Kriterienausprägung des Kriteriums „Forschungsbereich“ sind sie Teil der Interpretationsfolie (vgl. Abschnitt 7.2), haben ihren Ursprung in Übersichtsarbeiten zur Forschungslandschaft (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003) und erfuhren im Verlauf der Recherche entsprechende Ergänzungen. Die graphischen Abbildungen dienen dem Nachvollzug des systematischen Recherchevorgehens. Folgende Legende ist gültig in Anwendung auf die einzelnen Grafiken und übersetzt die Bedeutung von Zeichen und Farben.

	= Abbruchkriterium
[...]	= Meshterm
[.../...]	= Meshterm/Unterbegriff
„...“	= Hauptschlagwort
„...“ +	= Hauptschlagwort + Subschlagwort

Auf eine vertiefende inhaltliche Beschreibung der einzelnen Publikationen wird an dieser Stelle verzichtet. Diese ist dem Review-Protokoll (vgl. Teil II der Dissertation) zu entnehmen.

Von der Vorgehensweise abweichend, erfolgt für den in Abschnitt 8.4.1 beschriebenen Rechercheeinstieg die Beschreibung der gefundenen Literatur bereits im Hinblick auf die Forschungsfragen. Dies dient der Begründung der Suchkonzepte-Entwicklung, welche auf Grund der beschriebenen Anwendungsüberprüfung eine Adaption im Hinblick auf der Suche nach den publizierten Wissensbeständen der Hebammenwissenschaft erfährt.

8.4.1. Rechercheeinstieg - Anwendungsprüfung des Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“

Abbildung 4 Rechercheeinstieg Hebammenwissenschaft

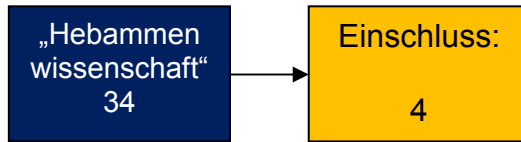
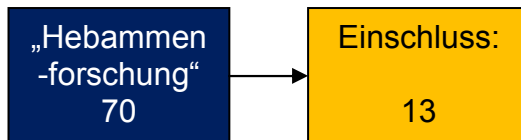


Abbildung 5 Rechercheeinstieg Hebammenwissenschaft



Um sich dem Themengebiet der Hebammenwissenschaft zu nähern, erfolgt der Sucheinstieg in deutscher Sprache über den Suchbegriff „Hebammenwissenschaft“ über das Portal Medpilot. Als Angebot der Deutsche Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bietet das Portal die Möglichkeit der erweiterten Recherche über eine im Netz zeitlich limitierte Suchabfrage in nationalen und internationalen Datenbanken sowie Verlagen. Von daher kann nicht von einer systematischen Recherche gesprochen werden. Die Suche über Medpilot erfolgte mit dem Ziel, sich dem Themengebiet in deutscher Sprache anzunähern und den Erfolg des als angemessen erscheinenden Suchbegriffes zu überprüfen. Im Sinne einer Anwendungsprüfung wurden zudem neue Erkenntnisse zu weiteren Suchbegriffen erwartet. Entgegen aller Erwartungen subsumiert sich unter dem Suchbegriff „Hebammenwissenschaft“ keine Literatur, die dezidierte Angaben zur Hebammenwissenschaft bereithält. Stattdessen finden sich Beiträge, deren Einsortierung unter dem Suchbegriff auf Grund ihrer fehlenden Verbindung zum Thema nicht immer nachzuvollziehen ist. Beispielhaft genannt sind die Beiträge „Die Hebammen-Sprechstunde“

(Stadelmann 2007) oder das von 1850 stammende „Fragebuch der Geburtskunde für die Hebammen in den königl. preußischen Staaten“ (Schmidt 1850). Des Weiteren finden sich Lehrbücher wie z.B. „Kinderheilkunde für Hebammen“ (Illing, Salis et al. 2008) oder auch „Hebammenkunde“ von Geist (Geist and Ahrendt 1998). Von den 34 Treffern konnten im Vorfeld zwölf Referenzen (12) identifiziert werden, die im gleichen Suchverlauf mehrfach genannt werden bzw. bei denen es sich um Neuauflagen eines Buches handelt. Insgesamt wurden vier relevante Titel identifiziert, die Einschluss in die Analyse fanden. Es handelt sich um zwei Studien und zwei Buchbeiträge, die jeweils von Autoren veröffentlicht wurden, die nicht dem Hebammenwesen zugeordnet werden konnten. Mit dem von Stephan Jäger vorgelegten Heft liegt ein Beitrag vor, der in Form einer Anleitung forschungsinteressierten Hebammen Einblick in die für Forschung notwendige Recherchearbeit gewährt (Jäger 1993). Bei den beiden Studien handelt es sich zum einen um das vom Bundesland Niedersachsen geförderte Modellprojekt Emsland zur Hebammen-Versorgungssituation im ländlichen Raum (Zoege 1993) sowie um das von Seiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt zur Einbeziehung von Familien-Hebammen in die Arbeit von Frauen- und Kinderkliniken (Schmid-Siegert and Thiele 1986). Der einzige von einer Hebamme stammende Beitrag dient der Forschungsanregung in Praxis und Ausbildung (Groß and Schlieper 1993).

Entgegen aller Erwartungen bietet der Sucheinstieg keine relevanten Informationen zur Entwicklung der Hebammenwissenschaft als Wissenschaft. Stattdessen finden sich Beiträge, deren Einsortierung unter dem Suchbegriff auf Grund der fehlenden Verbindung zur Thematik nicht nachzuvollziehen ist. Da die Anwendung des normativ abstrakten Suchbegriffes „Hebammenwissenschaft“ auf Literatur verweist, die die Aktivität einer Wissenschaftsgemeinschaft offenlegt, wurde im Verlauf der weiteren Suche der Begriff „Hebammenforschung“ eingeführt. Hier fand sich eine Reihe von Artikeln, die als populärwissenschaftliche Beiträge auf Grund des Publikationsorganes gewertet wurden und den Ein- und Ausschlusskriterien entsprechend nicht weiter untersucht wurden. Es handelt sich um Beiträge, die sich entweder auf die Übersetzung von

Forschungsergebnissen für die Hebammenpraxis konzentrieren, wie z. B. der Beitrag von Benikos zum Thema Oxytocin (Benikos and Kouri 2004) oder aber zwei Beiträge, die sich kritisch mit dem Begriff Hebammenwissenschaft auseinandersetzen (Dörpinghaus 2003; Fleming, Poat et al. 2007). Ebenso konnte eine Anzahl von Beiträgen identifiziert werden, deren Einsortierung unter dem Suchbegriff nicht nachzuvollziehen ist. Hierfür stehen beispielhaft genannt die Beiträge von Wesche zum Thema Abrechnungsbetrug (Wesche 2007) oder von Achner zu „Ärzten in der Antike“ (Achner 2009).

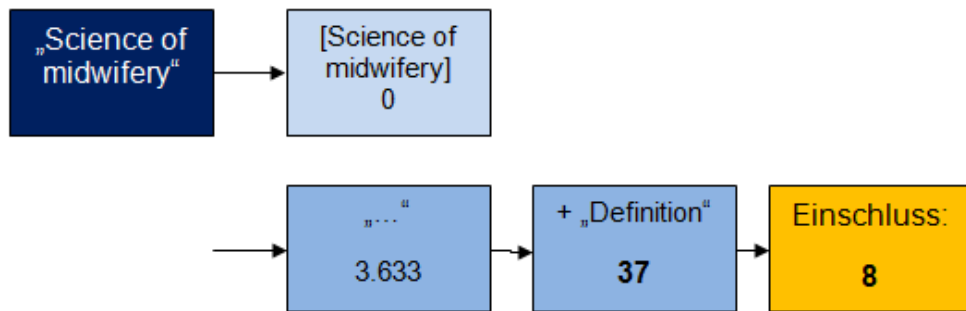
Von den insgesamt 70 Treffern konnten sechs Dissertationen (6), drei Fachartikel (3) sowie fünf Bücher (5) in die Analyse einbezogen werden. Zum Verbund Hebammenforschung (Sayn-Wittgenstein 2005; Kolip 2007) und Forschungsmethoden (Grieshop, zu Sayn-Wittgenstein et al. 2011) geben die Fachartikel Auskunft. Die sechs Dissertationen, von denen drei von Hebammen stammen (Groß 2001; Loytved 2002; Makowsky 2009), behandeln die Themenbereiche Arbeitsbedingungen von Hebammen im Thurgau zwischen 1799-1869 (Jenny 2005), Arbeitswelten von Hebammen zwischen dem 19. und 20. Jahrhundert (Stadlober-Degwerth 2008), Ausbildungswandel (Loytved 2002), zeitgemäße Bedingungen der Hebammenausbildung in Deutschland (Zoege 2004), Prozess des Gebärens (Groß 2001) und das Erleben adipöser Schwangerer und Wöchnerinnen (Makowsky 2009). Die eingeschlossenen Buchbeiträge konzentrieren sich auf die Vermittlung von Forschungskompetenz. Es handelt sich zum einen um das von Cluett herausgegebene Lehrbuch „Hebammenforschung“ (Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003) und eine Anleitung zur wissenschaftlichen Recherche von Jäger (Jäger 1993). Mit dem Lehrbuch von Bryar (Bryar 2003) wurde ein ins Deutsche übersetztes Werk zur Theoriebildung identifiziert, das zwar keine eigene Theorie für das Hebammenwesen bereithält, sich aber dem Themengebiet über Theorien der Bezugswissenschaften nähert. Allein dem Buch von Sayn Wittgenstein zur geburtshilflichen Situation in Deutschland (Sayn-Wittgenstein 2007) sind Angaben zur Hebammenwissenschaft zu entnehmen. Die Autorin liefert einen knappen Abriss über die Entstehungsgeschichte der Hebammenwissenschaft in Deutschland und nähert sich dem Thema über die Hebammenforschung.

Die Anwendungsüberprüfung der Suchbegriffe lässt vermuten, dass im weiteren Rechercheverlauf, entgegen aller Erwartungen, mit nur wenigen Veröffentlichungen zu rechnen ist, die sich mit der Hebammenwissenschaft als Wissenschaft auseinandersetzen. Entsprechend dieser Erfahrungen wird in Ergänzung zu den beschriebenen Suchbegriffen, die die Wissenschaft fokussieren, sich auf Suchkonzepte konzentriert, die Auskunft über die Aktivität der Forschergemeinschaft liefern.

8.4.2. Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in PubMed

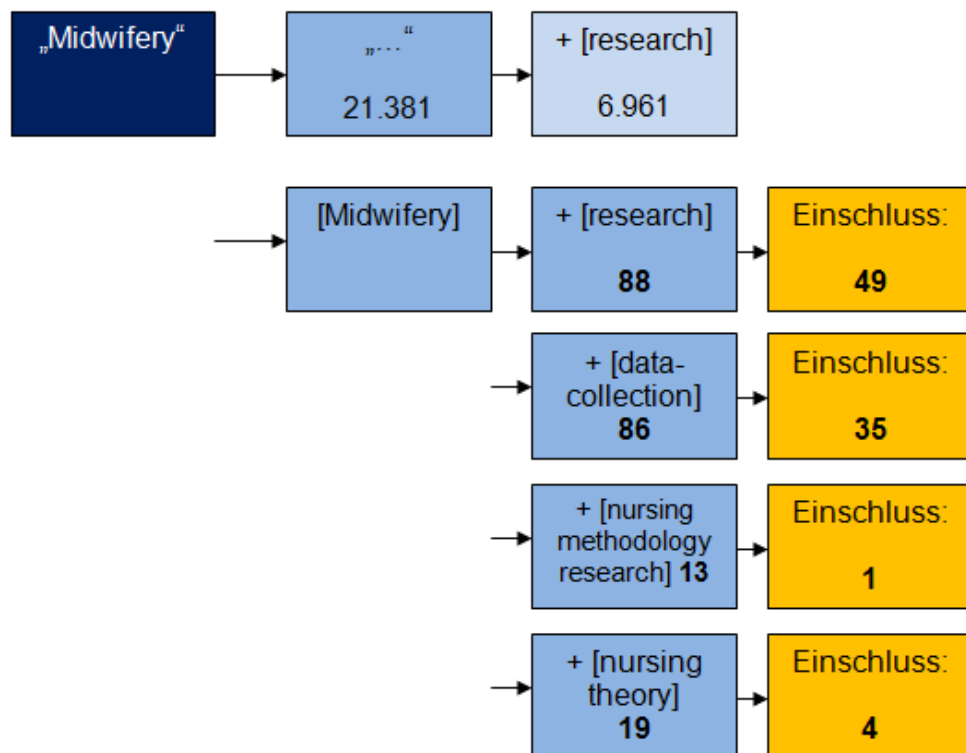
Nachdem der unsystematisiert durchgeführte Rechercheeinstieg, wie beschrieben, erste Hinweise auf die Zielführung der gewählten Suchbegriffe liefert, erfolgt der Einstieg in die systematische Recherche in PubMed anhand angepasster Suchkonzepte, deren Schritte im Folgenden in den Abbildung 6 bis Abbildung 8 dargestellt sind. Insgesamt konnten von 416 Titeln in PubMed 155 Titel identifiziert werden, die, gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien, als relevant für die Beantwortung der Fragestellungen eingeschätzt wurden. Es handelt sich dabei um 88 Studien, 10 Reviews und 57 Fachartikel. Die Beiträge können von 16 Forschungsbereichen folgenden 13 Themenschwerpunkten zugeordnet werden: „Versorgungsorganisation“, „Versorgungsstruktur“, „Forschungsanleitung“, „Einstellungen / Standpunkte von Hebammen“, „Ausbildungsforschung“, „Klientenpräferenzen“, „Hebammen Kompetenzen und Fertigkeiten“, „Vergleich Hebammen-Ärzte / Pflege“, „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“, „Instrumentenentwicklung und -überprüfung“, „Forschungsspektrum“, „Theorieentwicklung“ und „vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut“.

Abbildung 6 Graphische Suchdarstellung PubMed I



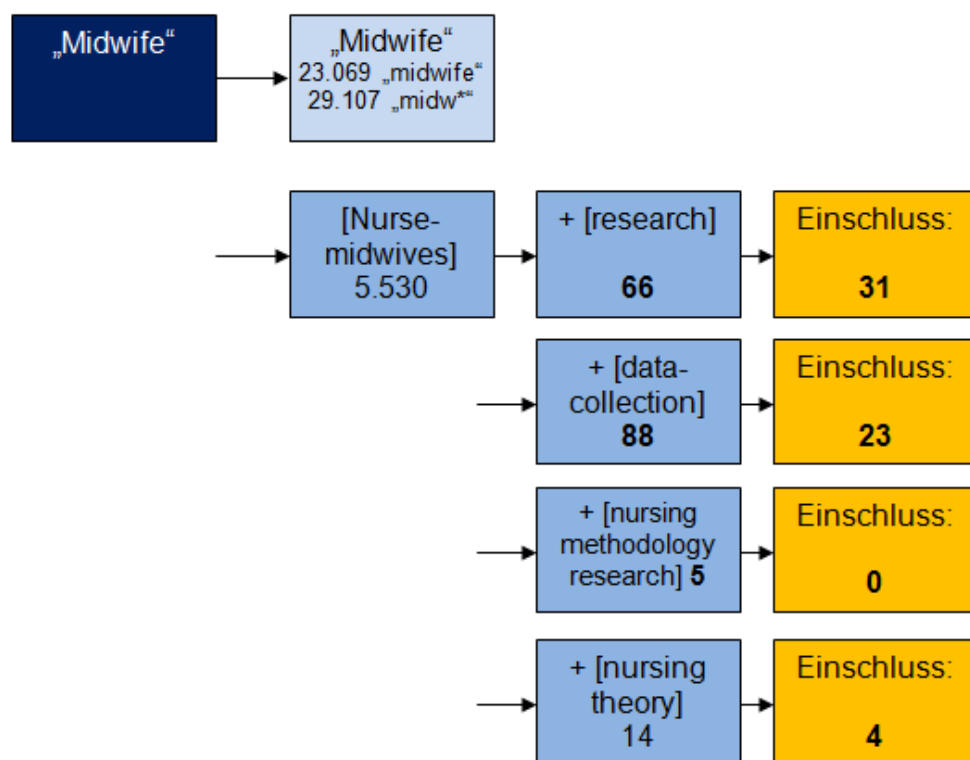
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7 Graphische Suchdarstellung PubMed II



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 8 Graphische Suchdarstellung PubMed III



Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 7 PubMed: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich
(155 Treffer)**

Versorgungs- organisation	<p>Ablauforganisation von Versorgungsprozessen (Morten, Kohl et al. 1991)</p> <p>Qualitätserhebung geburtshilflicher Abteilungen (Martin-Hirsch and Wright 1998)</p> <p>CTG Guidelines (Hinsliff, Hindley et al. 2004)</p> <p>Wassergeburten (Redwood 1999)</p> <p>Literaturübersicht über Angaben zur Förderung des Phänomens „Komfort“ im Zusammenhang mit Wehen (Schuiling and Sampselle 1999)</p> <p>Qualität antenataler Hebammenkonsultationen (McCourt and Beake 2001)</p> <p>Akupunktur bei Brustentzündungen (Kvist, Wilde Larsson et al. 2004; Kvist, Hall-Lord et al. 2007)</p> <p>Postnatales „Debriefing“ (Steele and Beadle 2003)</p> <p>Systematische Übersicht über Effekte und Risiken der Epiduralanästhesie unter der Geburt (Nystedt, Edvardsson et al. 2004)</p> <p>Effektivität der Leopold'schen Handgriffe als Screening-methode zur Überprüfung der kindlichen Einstellung und Haltung (Lydon-Rochelle, Albers et al. 1993)</p> <p>Auswirkungen einer standardmäßig durchgeführten Untersuchung und Behandlung von Chlamydien auf intra- und postpartale Infektionen (Beal 1992)</p> <p>Effekte eines Softwareprogramms auf den Interviewprozess in der Hebammen-Klienten Kommunikation (Brownbridge, Lilford et al. 1988)</p>
Versorgungs- struktur	<p>Personalverbleib und –wechsel in Belegschaften (Huntington, Gilmour et al. 2009)</p> <p>Personalverbleib und –wechsel in Belegschaften (Turner, Bain et al. 2009)</p> <p>Nutzen der methodengeleiteten Bedarfsanalyse im Sinne von Public Health für Hebammen (Declercq, Bichell et al. 1997)</p> <p>Hausgeburten in den USA (Murphy 1998)</p> <p>Einfluss einer 1:1 Hebammenbetreuung auf die Entwicklung der Sectiorate (McLachlan H. L., Forster D. A. et al. 2008)</p> <p>Kosteneffektivität zweier unterschiedlicher vorgeburtshilflicher Betreuungsmodelle in Schottland (Ratcliffe, Ryan et al. 1996)</p> <p>Vergleich unterschiedlicher geburtshilflicher Versorgungsmodelle im Hinblick auf Sicherheit, klinische Effizienz und mütterliche Zufriedenheit (Turnbull, Holmes et al. 1996; Waldenstrom, McLachlan et al. 2001)</p> <p>Literaturüberblick zur geburtshilflichen Hebammenversorgung (Fullerton and Wingard 1990)</p>

**Forschungs-
anleitung**

Hebammen und Ärzte Zusammenarbeit in einer Praxis-gemeinschaft (Miller, King et al. 1997)

Erhebung der von Hebammen betreuten Klientengruppen (Declercq 1995)

Praktikabilität, Akzeptanz und Gehaltskosten der Schwangerenvorsorge durch Hebammen an einem Lehrkrankenhaus in Australien (Giles, Collins et al. 1992)

Auswirkung erweiterter Hebammenkonsultationen auf das psychologische Wohlbefinden von teilnehmenden Frauen und Paaren eines IVF Programms (Anderheim, Holter et al. 2007)

Auswirkung hebammengeleiteter Beratungsgespräche für Wöchnerinnen mit einem Risiko für die Entwicklung postpartaler psychologischer Traumasymptome (Gamble, Creedy et al. 2005)

Auswirkung frühzeitiger Klinikentlassungen auf die Entwicklung postpartaler Depressionen bis zu sechs Monaten pp (Thompson, Roberts et al. 2000)

Erforschung eines Maternity-Care Programms (Matlab maternity care program) in Bezug auf die Reduktion der mütterlichen Sterblichkeit in Bangladesch (Fauveau, Stewart et al. 1991)

Beratungs- und Schulungsmaßnahmen (Woods, Collier et al. 2004; Göransson, Magnusson et al. 2006)

Qualitätsmanagement (Engels, Verheijen et al. 2003)

Implementierung eines Pathways aus Sicht von Hebammen und Ärzten (Hunter and Segrott 2010)

National Birth Center Study (NBCS) zur Sicherheit der geburtshilflichen Versorgung in Geburtszentren in den USA (Rooks, Weatherby et al. 1992)

Tätigkeitsprofil von Hebammen, deren Abteilungen sich in einem Umstrukturierungsprozess befinden (Wilson 2000)

Prozessschritte ethnischer und kultureller Forschungsvorhaben (King 2006)

Bedeutung von Ethik und Moral für die Hebammenforschung (van Teijlingen and Cheyne 2004)

Vierteilige Serie zu Forschungsbegriffen und -instrumenten (Hundley and van Teijlingen 2002; Hundley and van Teijlingen 2002; van Teijlingen and Ireland 2003; van Teijlingen, Sandall et al. 2003)

Design von Fragebögen (Douglas, van Teijlingen et al. 2005)

Zelen Design und dessen Verwendung in der Hebammen- und Pflegeforschung (Homer 2002)

Problematik der Probandenrekrutierung (Williams and Larkin 2000)

Potential der Aktionsforschung für das Hebammenwesen (Deery and Kirkham 2000)

Erfahrungsbericht zur Grounded Theory (Giddings Lynne and

**Einstellungen/
Standpunkte
von
Hebammen**

Wood Pamela 2000)
Relevanz feministischer Theorien für die Hebammenforschung (Barnes 1999)
Nutzen von Gruppendiskussionen in der Hebammenforschung (McGuire, Douglas et al. 1998)
Forschungsteilnahme (Perkins 1985)
Anleitung zur Publikation und Nutzung wissenschaftlicher Beiträge (Nolan 2004; Wray 2004; Andrews 2006; Sinclair, Godfrey et al. 2006)
Auseinandersetzung mit dem Begriff RCT (Rothwell 1999)
Auseinandersetzung mit der Datenanalyse (Rothwell 1999)
Auseinandersetzung mit Forschungsmethoden (Rothwell 1998)
Auseinandersetzung mit der Thematik Forschungsfragen (Rothwell 1998)
Auseinandersetzung mit dem Begriff statistische Signifikanz (Albers and Murphy 1993)
Auseinandersetzung mit dem Design der Beobachtungsstudie (Murphy and Albers 1992)
Ethik in der Hebammenforschung (van Teijlingen and Cheyne 2004)
Forschungsdurchführung (Marchant 2010)
Möglichkeiten der qualitativen Datenerhebung in der Forschung am Menschen in Abgrenzung zur quantitativen (Battersby and Deery 2001)
Quasi-experimentelle Studiendesigns (Walker and Stone 1996)
Experimentelle Studiendesigns (McCandlish and Renfrew 1991)
Methode der Diskursanalyse (Nixon and Power 2007)
Forschungsphilosophien und ihre Bedeutung für die Hebammenforschung (Price and Price 1997)
Kritisches Lesen von Forschungsliteratur (Price and Price 1996)
Grenzen und Nutzen von RCTs im Bereich der Maternity Health (McCourt 2005)
Einstellungen / Standpunkte zu defensiven Praktiken der Geburtshilfe (Symon 2000)
Einstellungen / Standpunkte zum Fetal Monitoring (Hindley and Thomson 2005)
Desinteresse an Forschungsaktivität auf Grund des Rollenverständnisses (Hicks 1995)
Desinteresse an Forschungsaktivität auf Grund des Rollenverständnisses (Hicks 1992)
Selbstverständnis von Hebammen (Kirkham 1999)

Ausbildungs- forschung	Einstellungen / Standpunkte zur Klienten-Hebammen-Beziehung (McCrea and Crute 1991)
	Einstellungen / Standpunkte zum „Wunschkaiserschnitt“ (Danerek, Marsal et al. 2011)
	Einstellungen / Standpunkte zur extremen Frühgeburtlichkeit (Garel, Seguret et al. 2004)
	Einstellungen / Standpunkte zur Dammassage (Stamp and Kruzins 2001)
	Macht und Sprache in der Geburtshilfe (Sinivaara, Suominen et al. 2004)
	Stellenwert der Gleichberechtigung in der Beziehung von Hebammen und Frauen in Neuseeland (Freeman, Timperley et al. 2004)
	Interpretationen von Hebammen und Pflegenden zum „Caring“ Konzept (Woodward 2000)
	Einstellungen/Standpunkte von Hebammen zur Nackenfaltentransparenzmessung (Ekelin and Crang-Svalenius 2004)
	Erfahrungen von Hebammen mit dem Down-Syndrom-Screening (Ryder 1999)
	Einstellungen/Standpunkte schwedischer Hebammen bzgl. der Durchführung des Papanicolaou-Abstriches (Widmark, Tishelman et al. 1998)
	Untersuchung des Begriffs der „erfahrenen Hebamme“ (Surtees 2008)
	Ausbildungsmodell „Pre-registration midwifery education“ (Kent 1992)
	Lehr- und Lernphänomene in der Ausbildung von Hebammen (Magnusson, Finnerty et al. 2005)
	POL in der Hebammenausbildung (Rowan, McCourt et al. 2008)
Klienten- präferenzen	Ausbildungsforschung in Irland (Hegarty, McCarthy et al. 2008)
	Implementierung von Curricula mittels Delphi-Technik (Fraser 1999)
	Zufriedenheit von Müttern bzgl. des Neugeborenen-Screenings Hebamme versus „Junior Pediatrician“ (Wolke, Dave et al. 2002)
Hebammen	Anwesenheit vertrauter Personen im Kreißsaal / Sambia (Maimbolwa, Sikazwe et al. 2001)
	Gesundheitsorientiertes Verhalten von Schwangeren / Süd Afrika (Abrahams, Jewkes et al. 2001)
	Erfahrungen und Zufriedenheit von Frauen mit verschiedenen Betreuungsmodellen (Waldenstrom 1998; Waldenstrom, Brown et al. 2000; Homer, Davis et al. 2002; Biro, Waldenstrom et al. 2003).
	ICM Hebammen-Kompetenzen (Fullerton, Schuiling et al.

**Kompetenzen
und
Fertigkeiten**

2005)

„Electronic Patient Records“ (EPRs) in Maternity Services (Jones, Henwood et al. 2004)

Studienwissen praktisch arbeitender Hebammen (Creedy, Horsfall et al. 2002)

Publikation von Forschungsergebnissen australischer Hebammen und ihre einflussnehmenden Faktoren (Hancock, Emden et al. 2000)

Qualität der Partogramm-Dokumentation (Nyamtema, Urassa et al. 2008)

Partogramm-Interpretationsvermögen (Theron 1999)

Wissen und Erfahrungen zum Thema psychische Beschwerden in der frühen Mutterschaft (Nagel-Brotzler, Bronner et al. 2005)

Effektivität, Sicherheit und Akzeptanz der durch Hebammen in Indien durchgeführten Kryotherapie bei intraepithelialer Neoplasie (Nene, Hiremath et al. 2008)

Probleme von Hebammen in der Türkei bei Anleitung zur Brustuntersuchung (Avci, Ozcan et al. 2008)

Einfluss von Hebammen auf das Rauchverhalten von Schwangeren und Stillenden (McLeod, Pullon et al. 2004)

Rolle der Hebamme auf das Rauchverhalten von Schwangeren und Stillenden (McLeod, Benn et al. 2003)

Schwangerschaftsübelkeit (O'Brien and Relyea 1999)

Screeningtest-Interpretation (Bramwell, West et al. 2006)

Klinische Erfahrungen von Hebammen und Pflegenden mit einem computergestützten Patienten-Information-System (CPIS) (Darbyshire 2004)

Denkprozesse von Hebammen in klinischen Situationen (Cioffi and Markham 1997)

Validität von Perinatalstatistikdaten in Australien (Robertson 1995; Robertson, Lumley et al. 1995)

Rolle von Hebammen im Prozess der Entscheidungsfindung (Levy 2006)

**Vergleich
Hebammen-
Ärzte/Pflege**

Ausbildungsvergleich von Ärzten und Hebammen (Ament and Hanson 1998)

Definition des Aufgabenbereichs von Hebammen in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens für Süd Afrika (Nolte 1995)

Vergleich von Ärzten und Hebammen bzgl. ihres Wissensstandes zur Versorgung von pp auftretenden Dammbeschwerden (Harris 1992)

Vergleich der Effektivität des Neugeborenen-Screenings durch Hebammen versus erfahrener Senior House Officers (SHOs) (Bloomfield, Rogers et al. 2003)

Vergleich des durch Hebammen durchgeführten Embryonen-Transfers versus der Durchführung durch Ärzte (Bjuresten,

Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen

Hreinsson et al. 2003)
 Vergleich der Dokumentationsgenauigkeit von Ärzten versus Hebammen (Bradford, Cardenas et al. 2007)
 Werte qualitativer Forschung für das Hebammenwesen (Hughes 2010)
 Positionspapier der WHO Studygroup zur Rolle von Pflegenden und Hebammen im Bereich der Forschung (WHO Studygroup 1994)
 Historischer Überblick über die Hebammenforschung in den USA (Kennedy 2005)
 Ressentiments der Praxis gegenüber der Forschung im Hebammenwesen (Sleep 1992)
 Entwicklung der Hebammenforschung (Naber 1983)
 Rolle der Hebamme als Datensammler unter medizinischer Leitung in Entwicklungsländern (Okafor 1990)
 Probleme des Theorie-Praxis-Transfers (Church and Lyne 1994)
 Aktivierung des Forschungsbewusstseins von Hebammen mittels zweier unterschiedlicher Ansätze (Hundley, Milne et al. 2000)

Instrumentenentwicklung und -überprüfung

Vergleich US-amerikanischer und britischer Forschungsagenden (Soltani 2002)
 Itembestimmung zur Abbildung der Praxistätigkeit von Hebammen (Diers 2007)
 Optimality Index-United States (OI-US) (Low, Seng et al. 2008)
 Midwives Attitudes to Domestic Violence Scale (Lazenbatt, Thompson-Cree et al. 2005)
 Adaption des „Optimaly Index-US“ (Murphy and Fullerton 2001)
 Computerprogramm zur qualitativen Datenanalyse (Davis, Davis et al. 1997)
 Instrumentenentwicklung (Sandin Bojo, Hall-Lord et al. 2004)
 Entwicklung eines auf dem ACNM Nurse-Midwifery Data Set aufbauenden Instrumentes zur Vergleichbarkeit von Geburtszentren (Jackson, Lang et al. 1994)
 Validität und Reliabilität eines Instrumentes zur Erfassung von Burnout bei Hebammen und Pflegenden (Skinner, Agho et al. 2007)
 Entwicklung und Evaluation eines Instrumentes zur Erfassung der eigenen Sichtweise und des Empowerment-Entwicklungsstandes bei Hebammen (Matthews, Scott et al. 2009)
 Entwicklung und Implementierung einer computerbasierten Datenbank zur Erfassung von statistischen perinatal Daten für Hebammenleistungen in den USA (Hangsleben and Schamber 1985)

Forschungs- spektrum	Evaluation eines Assessmentinstrumentes zur Erfassung des eigenen Vertrauens in die Gebärfähigkeit (Sinclair and O'Boyle 1999)
	Entwicklung und Evaluation eines Indikators (Journal Evaluation Tool (JET)) zur Einschätzung der Qualität von Fachzeitschriften (Crookes, Reis et al. 2010)
	Forschungsprioritäten australischer Hebammen (Reid, O'Reilly et al. 2007)
	Themengebiete internationaler Forschungsvorhaben (Renfrew, Raisler et al. 2003)
	US-amerikanische Forschungslandschaft (Raisler 2000)
	Review zur US-amerikanischen Hebammenforschungslandschaft (Thompson 1986)
	Forschungsagenden des Hebammenwesens (Cheyne, Hundley et al. 2003; Kennedy, Schuiling et al. 2007)
	Forschungslandschaft des Hebammenwesens (Lydon-Rochelle and Albers 1993)
	Mitgliederbefragung des ACNM in den Jahren 1987-1988 (Paine and Greener 1989)
	Mitgliederbefragung des ACNM im Jahr 1994 (Scupholme, DeJoseph et al. 1995)
Theorie- entwicklung	Übersicht über Forschungsliteratur zu Midwife und Community-based Maternity Care (Dowswell, Renfrew et al. 2001)
	„Early Motherhood“ (Rogan, Shmied et al. 1997)
	„Being with Women“ (Hunter 2002)
	Entwicklungsprozess einer Theorie mittlerer Reichweite zum Hebammenwesen in den USA anhand von Konzepten und Indikatoren (Thompson, Oakley et al. 1989)
	„Family centered Maternity nursing“ (Nickel, Gesse et al. 1992)
vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut	„Theory of Caring for the practice of midwifery“ (Dickson 1996)
	Erfahrungen von Hebammen zum Thema häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung (Lazenbatt 2010)

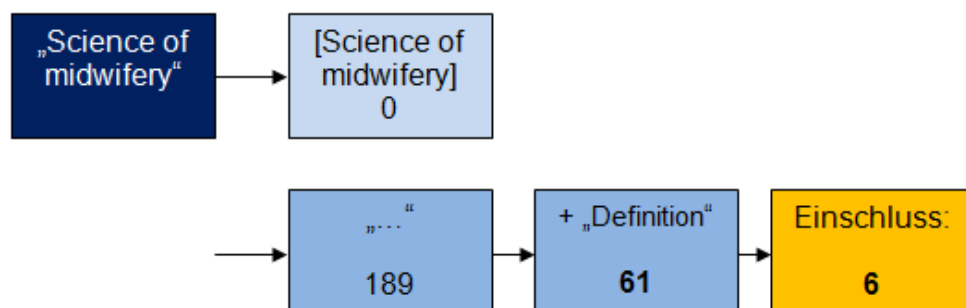
Die Anwendung einzelner Rechenschritte in PubMed zeigt die Nähe des Begriffs „Midwifery“ zum Nursing-Begriff auf. Daher erklärt sich die Anzahl diverser Beiträge aus der Pflege, deren Trefferzahl auch unter Verwendung von Bool'schen Operatoren nicht reduziert werden können. Die anhand identifizierter Beiträge zum Forschungsspektrum generierten und im

Analyserraster (vgl. Abschnitt 7.2) dargelegten Themenschwerpunkte, erfahren in der PubMed Recherche eine Ergänzung durch die Themenbereiche „Ausbildungsforschung“ sowie „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“. Die sich an den Kernkompetenzen orientierende Forschungslandschaft erfährt zudem Ergänzung durch Erforschung sogenannter „Additional Skills“, die den Angaben des ICM zufolge länderspezifische Kompetenzen und Aufgabengebiet von Hebammen beschreiben. Knapp 1/3 der identifizierten Beiträge setzen sich mit der Forschungsthematik in Form von Anleitungen, Betrachtung der Bedeutung von Forschung für das Hebammenwesen und dem Themenspektrum auseinander.

8.4.3. Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in den Cochrane Datenbanken

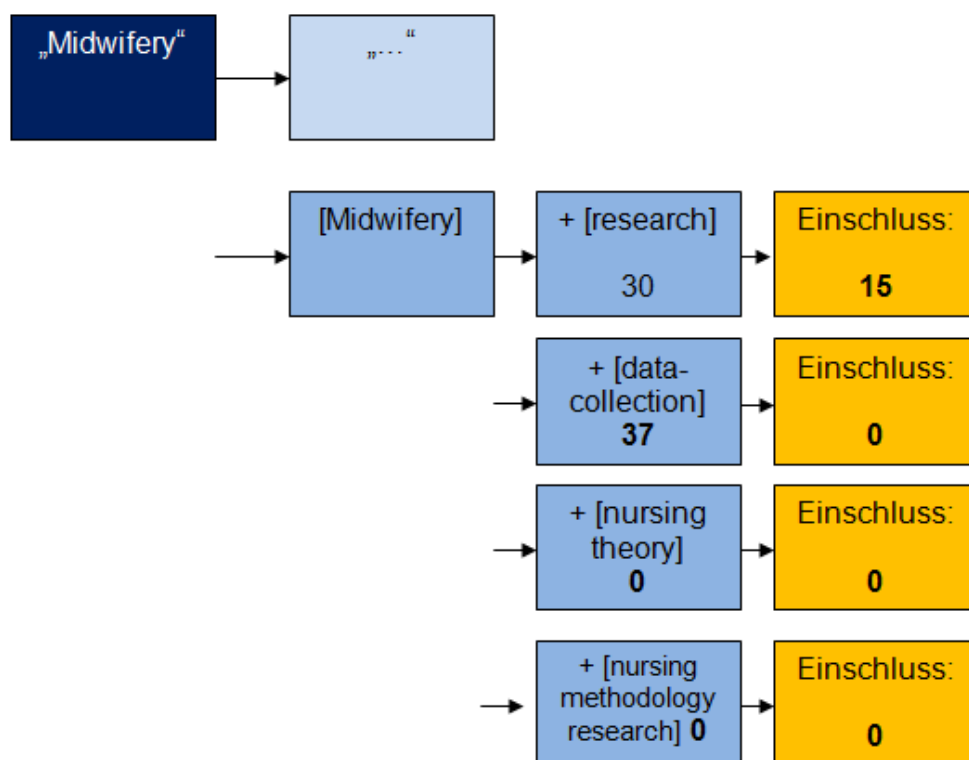
Im weiteren Verlauf der Untersuchung erfolgt die Anwendung der für PubMed entwickelten Suchstrategie im Übertrag auf die Datenbank Cochrane. Da die Recherche aufgrund der Verknüpfung mit PubMed zuerst ohne Einbezug der spezifischen Datenbank Cochrane Central Register of Controlled Trials durchlaufen wurde, erfolgte nach Korrektur des Suchverlaufs die Anwendung auf die spezifische Datenbank. Die folgenden Graphiken (vgl. Abbildung 9 bis Abbildung 11) stellen den Suchverlauf dar. Insgesamt konnten von 241 Titeln in Cochrane 47 Titel identifiziert werden, die gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien, als relevant für die Beantwortung der Fragestellung eingeschätzt wurden. Es handelt sich dabei um 38 Studien (38), sieben Reviews (7) und zwei Fachartikel (2). Die identifizierte Literatur kann von 16 Forschungsbereichen den im Folgenden genannten fünf (5) zugeordnet werden: „Versorgungsorganisation“, „Versorgungsstrukturen“, „Forschungsanleitung“, „Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen“, „Ausbildungsforschung“ und „Klientenpräferenz“

Abbildung 9 Graphische Suchdarstellung Cochrane I



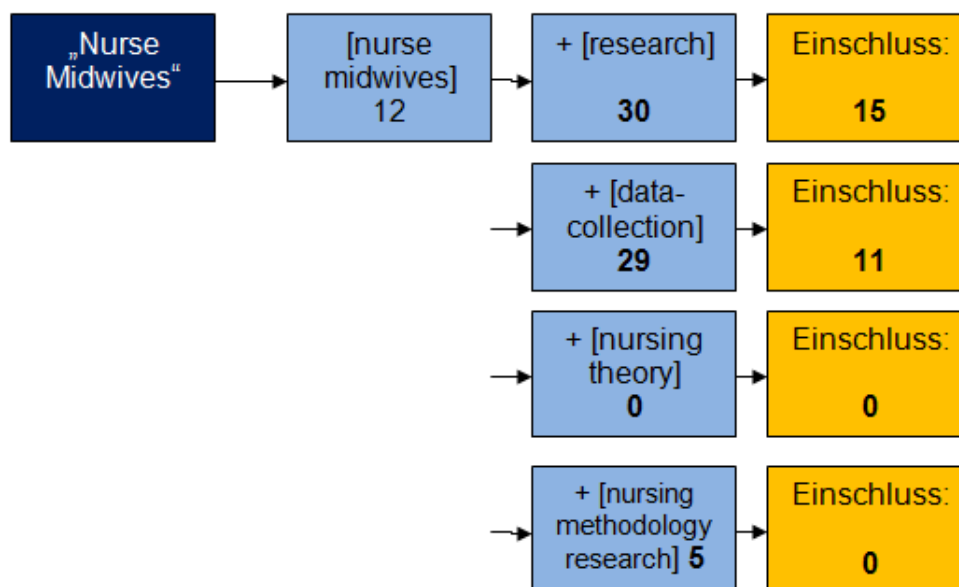
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 10 Graphische Suchdarstellung Cochrane II



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 11 Graphische Suchdarstellung Cochrane III



Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 8 Cochrane: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich
(47 Treffer)**

Versorgungs- organisation	<p>Übersichtsarbeit zur Vermeidung von Hyperthermie bei Frühgeburten (McCall Emma, Alderdice et al. 2010)</p> <p>Übersichtsarbeit zu Effekten elektrischer Nervenstimulation auf den Wehenschmerz (Dowswell, Bedwell et al. 2009)</p> <p>Übersichtsarbeit zu Studien, die sich mit der Thematik Wassergeburt auseinandersetzen (Cluett and Burns 2009)</p> <p>Übersichtsarbeit zur Effektivität der Amniotomie im Bezug auf die Geburtsdauer (Smyth Rebecca, Alldred et al. 2007)</p> <p>Effektivität warmer Auflagen auf den Dammstatus (Dahlen, Homer et al. 2009)</p> <p>Effekte des durch Hebammen durchgeführten Dammschutzes (Mayerhofer, Bodner-Adler et al. 2002)</p> <p>Effektivität einer nur auf verbalen Ansagen beruhenden Stillanleitung („Hands-off“ Positionierung) (Wallace, Dunn et al. 2006)</p> <p>Effektivität zweier unterschiedlicher Maßnahmen zur routinemäßigen Blutentnahme bei Neugeborenen (Tenderfoot oder Genie Lancet Heel- prick Device) (Shepherd, Glenesk et al. 2006)</p> <p>Infektionsgefahr von Mutter und Kind bei Wassergeburt (Hawkins 1995)</p> <p>Einfluss der kontinuierlichen Hebammenbetreuung auf die Gewichtsentwicklung adipöser Schwangerer in Australien (Nagle, Skouteris et al. 2011)</p> <p>Effekte eines warmen Bades auf die Schmerzamplitude bei Erstgebärenden in Brasilien (da Silva, de Oliveira et al. 2009)</p> <p>Effekte von Wochenbettbesuchen in Syrien (Bashour, Kharouf et al. 2008)</p> <p>Effektivität von Hyaluronidase Injektionen zur Vermeidung von Dammtraumata (Scarabotto and Riesco 2008)</p> <p>Effekte des „Postnatalen Debriefings“ in Bezug auf das Auftreten postnataler Depressionen (Lavender and Walkinshaw 1998)</p> <p>Effektivität einer durch Hebammen angebotenen Raucherberatung in den Niederlanden (de Vries, Bakker et al. 2006)</p> <p>Zusammenhang von vorzeitigen Blasensprüngen und vaginalen Untersuchungen (Jenniges and Evans 1990)</p> <p>Geburtserfahrungen von Frauen (Lavender, Walkinshaw et al. 1999)</p> <p>Effekte der hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung bei Teenager-Müttern auf das kindliche Outcome (Quinlivan, Box et al. 2003)</p>
--------------------------------------	---

Versorgungsstrukturen

Übersichtsarbeit zum Thema der 1:1 Hebammenbetreuung (Hodnett, Gates et al. 2011)

Übersichtsarbeit zu Effekten unterschiedlicher Geburtssettings (Hodnett, Downe et al. 2010)

Übersichtsarbeit zu hebammengeleiteten geburtshilflichen Einrichtungen (Hatem, Sandall et al. 2008)

Vergleich Hebammenbetreuungsmodell versus NHS Standardversorgung (Page, McCourt et al. 1999)

Vergleich Hebammenbetreuungsmodell versus NHS Standardversorgung (Benjamin, Walsh et al. 2001)

HTA Bericht zum Vergleich Hebammenbetreuungsmodell versus NHS Standardversorgung (MacArthur, Winter et al. 2003)

Vergleich zweier unterschiedlicher geburtshilflicher Versorgungsmodelle an einer Klinik in Melbourne/ Australien (Biró, Waldenström et al. 2000)

Gründe für die Einführung des Programms „Fresh Start“ zur Nikotinentwöhnung (Cooke, Mattick et al. 2000)

HTA Bericht zum Vergleich von Wochenbettbesuchen durch Hebammen versus des in UK üblichen Modells der Betreuung durch ein Team von Healthworkern, Ärzten und Hebammen (Morrell, Spiby et al. 2000)

Vergleich von Wochenbettbetreuungsmodellen in UK (Shields, Turnbull et al. 1998)

Effekte eines Nurse-Midwifery Programms auf mütterliche und kindliche Outcomes im Vergleich zur Standardversorgung (Harvey, Jarrell et al. 1996)

Effektivität eines Schulungsprogramms für Hebammen zum Thema HIV (Bennett and Weale 1997)

Auswirkungen einer Schulungsmaßnahme auf die Stilldauer (Lavender, Baker et al. 2005)

Sicherheit von Geburtszentren in Schweden (Waldenstrom and Nilsson 1997)

Effektivität von Gruppenschulungen im Wochenbett (Regan and Lydon-Rochelle 1995)

Forschungsanleitung

Schwierigkeiten beim Probandeneinschluss in Studien (Homer 2000)

Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen

Untersuchung der Compliance von Hebammen bei der Datenerhebung eines Nikotinentwöhnungsprogramms in Maternity Units in Australien (Walsh, Redman et al. 2000)

Erhebung der Zufriedenheit von Hebammen in einem hebammengeleiteten Betreuungsmodell (Ekström, Widström et al. 2005)

Einstellung / Standpunkte zum Stillen im Anschluss an eine Schulungsmaßnahme (Hundley, Cruickshank et al. 1995)

Ausbildungs-

Effektivität eines CTG Schulungsprogrammes (Devane and

forschung	<p>Lalor 2006)</p> <p>Effektivität eines Simulations-Trainingsprogramms zum Management bei Schulterdystokie (Crofts, Bartlett et al. 2006)</p> <p>Auswirkung zweier unterschiedlicher Lehreinheiten auf den Entscheidungsprozess von Hebammenstudentinnen (Cioffi, Purcal et al. 2005)</p>
Klienten-präferenz	<p>Zufriedenheit von Müttern mit der Neugeborenen-Untersuchung, durchgeführt durch Hebammen versus „senior paediatricians“ (Townsend, Wolke et al. 2004)</p> <p>Einfluss des Geburtserlebnisses auf den weiteren Kinderwunsch (Gottvall and Waldenstrom 2002)</p> <p>Zufriedenheit von Schwangeren mit einem hebammengeleiteten Betreuungsmodell (McCourt, Page et al. 1998)</p> <p>Einstellung von Gebärenden und Hebammen zum Management der Plazentaperiode (Harding, Elbourne et al. 1989)</p> <p>Zufriedenheit von Frauen mit der geburtshilflichen Versorgung durch Arzt versus Hebamme (Harvey, Rach et al. 2002)</p> <p>Zufriedenheit Schwangerer mit der Geburtsvorbereitung in China (Lee and Holroyd 2009)</p> <p>Zufriedenheit von Frauen mit einem Hebammenbetreuungsmodell versus der NHS Standardversorgung (Hicks, Spurgeon et al. 2003)</p>

Als Informationsarm der EbcP ist die Cochrane Collaboration für ihre Arbeiten zu zumeist klinischen Fragestellungen bekannt. Entsprechend finden sich in den Cochrane-Datenbanken Beiträge, die in Form von Studien und Reviews die Forschungslandschaft und den entsprechenden Gegenstand widerspiegeln. Die Diskrepanz von Trefferzahl und der als relevant eingestuft Beiträge erklärt sich im Suchverlauf über publizierte Review-Vorläuferversionen bzw. Provisional Abstracts oder Brief Records. Zudem sind unter dem Schlagwort „Science of Midwifery“ nicht nur Reviews oder Studien aus dem Gebiet des Hebammenwesens subsumiert, sondern es finden sich auch Beiträge aus den angrenzenden Disziplinen, wie es beispielsweise die Beiträge zum Thema Schlaganfall (Moseley, Stark et al. 2005; Pomeroy, King et al. 2006) und Parkinson (Dixon, Duncan Dawn et al. 2007) aufzeigen.

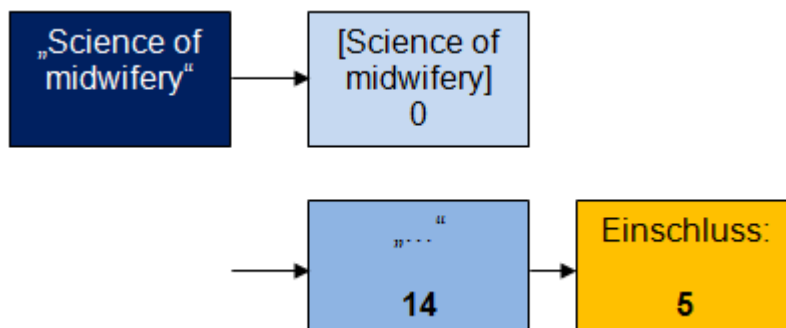
Ein Großteil der in Cochrane identifizierten Reviews wurde im Entstehungsprozess durch die Cochrane Pregnancy and Childbirth Group

begleitet, deren Autoren in der Regel Vertreter aus dem Bereich der Frauen- und Kindergesundheit sind. Da den Cochrane Publikationen i. d. R. keine Angaben bzgl. der Berufsbezeichnungen zu entnehmen sind, erfolgt eine Zuordnung der Autoren zum Hebammenwesen allein anhand von publizierten Institutionsangaben. Mögliche Bias müssen auf Grund der eingeschränkten Identifikationsmöglichkeit bei Auswertung der Gesamtergebnisse beachtet werden. Die Konzentration der Cochrane Datenbanken auf Publikationen mit eher klinischen Fragestellungen kann zudem Einfluss auf die Auswertung der Forschungsschwerpunkte nehmen.

8.4.4. Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in CINAHL

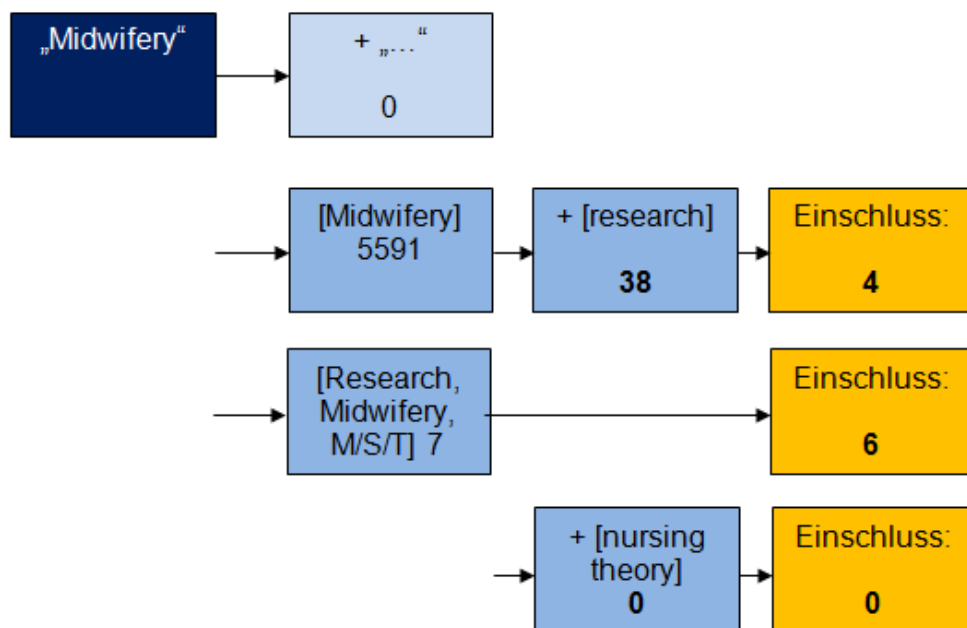
Im weiteren Verlauf der Recherche erfolgt die Anpassung der Suchstrategie an die Suchoberfläche der Datenbank CINAHL. Der Verlauf ist in den Abbildung 12 bis Abbildung 14 graphisch dargestellt und erklärt sich über den Thesauri-Aufbau in CINAHL. Die Trefferzahl von 62 Titeln wird gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien auf 15 reduziert und umfasst vier Studien (4), zehn Fachartikel (10) und ein Buch (1). Die identifizierte Literatur kann von 16 Forschungsbereichen den im Folgenden fünf (5) aufgezählten zugeordnet werden: „Theorieentwicklung“, „Einstellung und Standpunkte von Hebammen“, „Forschungsanleitung“, „Bedeutung von Forschung für das Hebammenwesen“ und „Forschungsspektrum“.

Abbildung 12 Graphische Suchdarstellung CINAHL I



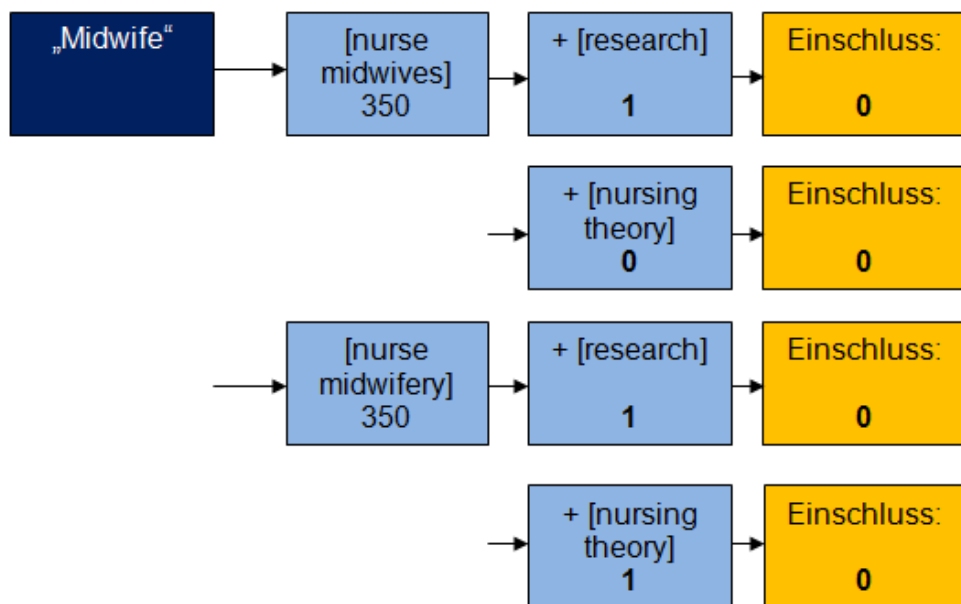
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 13 Graphische Suchdarstellung CINAHL II



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 14 Graphische Suchdarstellung CINAHL III und IV



Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 9 Cochrane: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich
(15 Treffer)**

Forschungsanleitung	<p>Studentinnen als Probanden (Anderson 2011)</p> <p>Verbindung von Wissenschaft und Hebammenwesen (Kennedy and Lowe 2001)</p> <p>Reflektion von Forschungserfahrungen (Lagan 2010; van Teijlingen, Simkhadaz et al. 2010; Way 2011)</p> <p>Basiswissen zum Thema Forschung für Hebammen (Hall 2010)</p> <p>Forschungseinführung für Hebammen (Rees 2003)</p>
Einstellung und Standpunkte von Hebammen	<p>Erfahrungen von Hebammen mit Gruppensupervision (Severinsson, Haruna et al. 2010)</p> <p>„Way of knowing“ von Hebammen (Hunter 2008)</p>
Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen	<p>Reflektion der Bedeutung von Forschung für das Hebammenwesen (Butterworth 2010)</p> <p>Wissenschafts-Praxis-Transfer (Lavender 1999; Rees 2001)</p>
Forschungsspektrum	<p>Anfragen der NHS Nutzer an Hebammenforschung (Smith, Ross et al. 2005)</p> <p>Forschungsbedarf bzgl. Theorieentwicklung (Downe 2000)</p>
Theorieentwicklung	<p>„Evolving theory on the empowerment of childbearing women“ (Halldorsdottir and Karlsdottir 2011)</p>

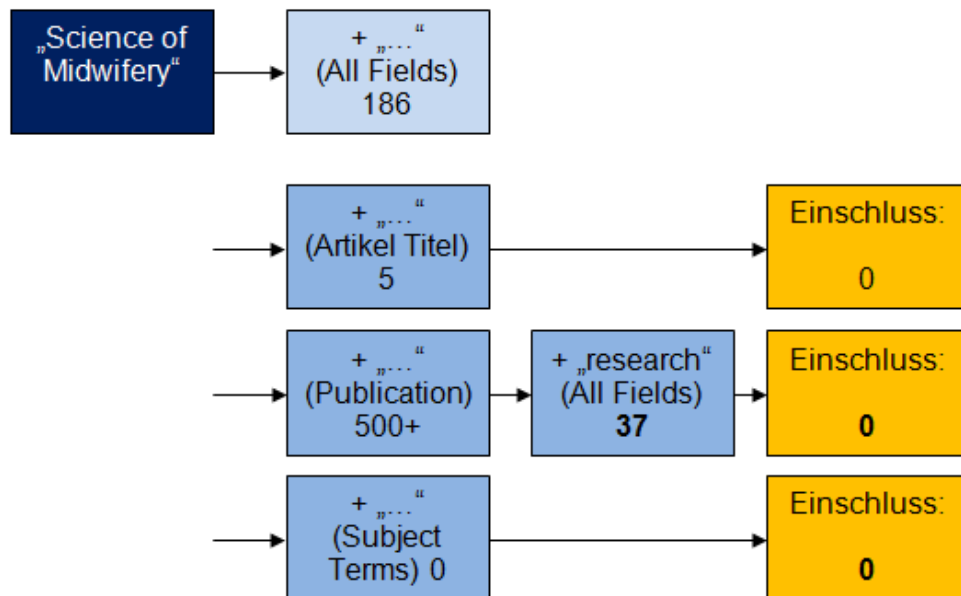
Die ungleiche Handhabung von Suchbegriffen und MeSH Trees im Vergleich zu PubMed und Cochrane führt in der CINAHL Recherche zu Literatur, die sich ausschließlich mit dem Hebammenwesen auseinandersetzt. Die Recherche verdeutlicht den unterschiedlichen Umgang der Datenbanken mit den Begriffen „Nursing“ und Midwifery“, die bei CINAHL zu einer deutlichen Trennung der Literatur beider Disziplinen führt. Wie stark dieses, den internationalen Gepflogenheiten entgegenstehende Vorgehen, die Rechercheergebnisse beeinflusst, ist an dieser Stelle nicht einschätzbar. Die im Vergleich zu PubMed und Cochrane geringe Trefferquote erklärt sich zudem über das Angebot der Datenbank, deren Datensätze nur bis in das Jahr 1981 zurückreichen. Trotz relativ geringer Trefferzahl von Literatur der unterschiedlichsten Güte und nur wenigen als relevant eingestuften Beiträgen, kann das Forschungsspektrum um den bislang in der Literatur nicht aufgetretenen Themenschwerpunkt

„Theorieentwicklung“ erweitert werden. Insgesamt betrachtet dominiert in den CINAHL-Beiträgen Literatur, die sich mit der Vermittlung des Forschungsvorgehens auseinandersetzt.

8.4.5. Ergebnispräsentation der systematischen Recherche in MIDIRS

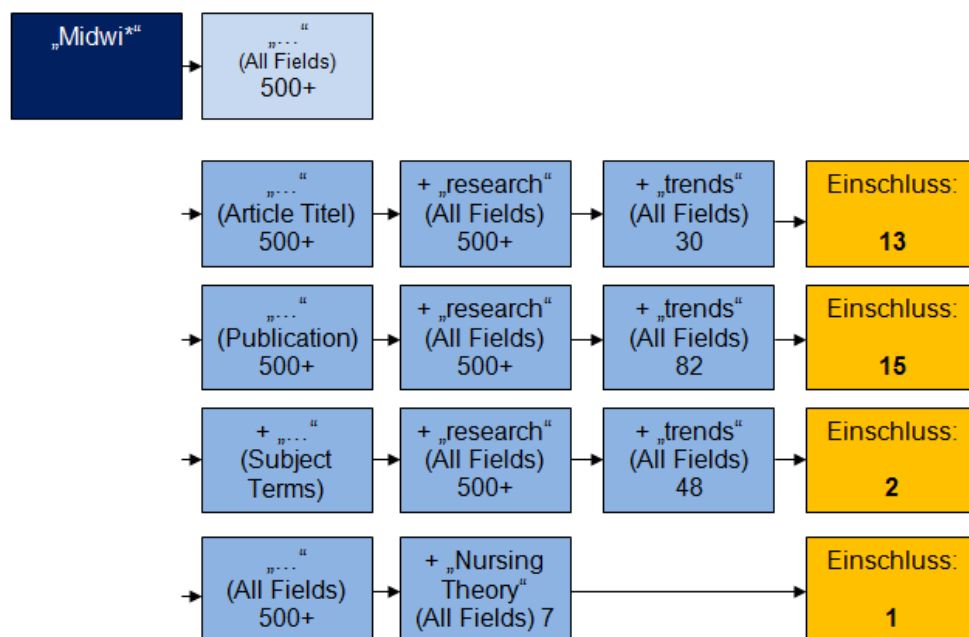
Mit MIDIRS zeigt sich eine Datenbank, die sich als führende Informationsquelle zu allen Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit bezeichnet (www.midirs.org Zugriff 04.01.2012). Die angebotene Suchoberfläche bedarf für die vorliegende Arbeit der Entwicklung einer neuen Suchstrategie, deren Verlauf in den Abbildung 15 bis Abbildung 16 graphisch dargestellt ist. Insgesamt konnten von 209 Titeln in MIDIRS 31 Titel identifiziert werden, die gemäß den Ein- und Ausschlusskriterien als relevant für die Beantwortung der Fragestellung eingeschätzt wurden. Es handelt sich dabei um 24 Studien, drei Reviews (3) und vier Fachartikel (4). Die Beiträge können von 16 Forschungsbereichen folgenden elf Themenschwerpunkten (11) zugeordnet werden: „Versorgungsorganisation“, „Klientenpräferenzen“, „Einstellungen / Standpunkte von Hebammen“, „Versorgungsstruktur“, „Ausbildungsforschung“, „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“, „Juristische Themengebiete“, „vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut (vulnerable Familien)“, „Forschungsanleitung“, „Theorieentwicklung“ und „Hebammen Kompetenzen und Fertigkeiten“.

Abbildung 15 Graphische Suchdarstellung MIDIRS I



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 16 Graphische Suchdarstellung MIDIRS II



Quelle: Eigene Darstellung

**Tabelle 10 MIDIRS: Eingeschlossene Literatur nach Forschungsbereich
(31 Treffer)**

Versorgungs- organisation	Praxis der Nahrungsaufnahme in den USA unter der Geburt (CNM Datagroup 1999)
	Rolle der Klinikhebamme in den Niederlanden (Wiegers and Hukkelhoven 2010)
	Überweisungsgründe von Erst- und Mehrgebärenden aus der Hebammenpraxis an den Gynäkologen in den Niederlanden (Amelink-Verburg, Rijnders et al. 2009)
	Trends der geburtshilflichen Versorgung durch CNMs im Staat Washington (Bussey, Bell et al. 2007)
	Trends der Dammverletzungsrate in Kliniken (East and Webster, 1995 (East and Webster 1995)
	Praxis der Nahrungsaufnahme in Australien unter der Geburt (Parsons 2001)
	Effektivität der Knie-Ellenbogenlage bei vorliegender Steißlage (Founds 2006)
	Effekte lateraler Episiotomie (Räisänen, Vehviläinen-Julkunen et al. 2010)
Versorgungs- struktur	Wirksamkeit eines durch Hebammen angebotenen Nikotinentwöhnungsprogrammes (Hajek, West et al. 2001)
	Evaluation einer Stillschulungsmaßnahme in Taiwan (Lin, Kuo et al. 2008)
Forschungs- anleitung	Bedeutung des Chi Quadrat Test (Campbell 2005)
Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen	Einstellungen zum Fetal Monitoring (Dover and Gauge 1995)
	Verlauf von Hebammen-Berufskarrieren in Kombination mit der Erziehung eigener Kinder (Robinson 1993)
	Einstellungen zum Thema Dammversorgung (Dahlen and Homer 2008)
Ausbildungs- forschung	Praxisbegleitungstrends in der internationalen Ausbildung von Hebammen (Dennis-Antwi 2011)
	Kommunikationsschulungsprogramm für Ärzte und Hebammen (Hegarty, Brown et al. 2007)
	Untersuchung von Lehrbüchern bzgl. Angaben zum Perinatal

Klienten - präferenzen	Death (Cameron, Taylor et al. 2008)
	Einstellung von Studenten zum Geburtssetting (Hans and Kimberly 2011)
	Bedenken und Ängste von Wöchnerinnen in Tansania (Lugina, Christensson et al. 2001)
	Erfahrungen englischer Mütter mit Wassergeburten (Richmond 2003)
	Abstillgründe von Frauen auf Malta (Montalto, Borg et al. 2010)
	Kinderwunsch Heranwachsender aus niedrigen sozioökonomischen Verhältnissen (Heavey, Moysich et al. 2008)
	Stillverhalten von Asiatinnen und Nicht-Asiatinnen in Australien (Dahlen, Homer et al. 2010)
	Erfahrungen von Schwangeren mit der „Risiko“-Zuschreibung auf Grund von Ultraschallbefunden (Carolan and Hodnett 2009)
Forschung und Bedeu- tung für das Hebammen- wesen	Zusammenhang zwischen mütterlichem Alter und geburtshilflichem Outcome (Carolan and Frankowska 2011)
	Forschungstrends (Biley and Freshwater 1999)
Juristische Themen- gebiete	Erfahrungen von CNMs mit geburtshilflichen Prozessen (McCool, Guidera et al. 2007)
	Bedeutung foetalen Lebens (Mair 1991)
Vulnerable Familien	Einstellungen von Teenager-Väter gegenüber ihren Kindern (Foster 2004)
Theorie- entwicklung	Kritische Betrachtung der Theorie „Transition to motherhood“ (Parratt and Fahy 2011)
Hebammen Kompetenzen und Fertigkeiten	Übersichtsarbeit zum Thema Dammversorgung (Dahlen, Homer et al. 2011)

Auf Grund der „flachen“ Verschlagwortungstiefe der Datenbank MIDIRS und der fehlenden Möglichkeit, die Suche mittels MeSH Begriffen aufzubauen, entwickelte sich ein Qualitätssicherungsproblem, das keine vergleichbare Recherche unter Einhaltung der gestellten Qualitätsstandards zuließ. Es bedurfte daher der Güteabwägung bzgl. des inhaltlichen Nutzens der Datenbank für das Review und dem dargestellten Problem der Recherche- Qualitätssicherung, um sich für die Verwendung der Datenbank zu entscheiden. Die Entwicklung einer vertretbaren Suchstrategie für eine exemplarische Suche in MIDIRS konzentrierte sich daher auf ein Vorgehen, das unter Verwendung der Haupt- Suchbegriffe die Datenmenge handhabbar werden lässt (vgl. Abschnitt 8.1.2), ohne die Qualität der Recherche zu gefährden. Die einzelnen Suchläufe unter Einbezug von sogenannten Subtiteln führten dabei zu Beiträgen unterschiedlicher Güte. So findet sich unter den Subtitel „Publications“, ein Großteil an Literatur die der Qualitätsberichterstattung und Mitgliederinformation von Fachgesellschaften zuzuordnen ist. Auf Grund der in MIDIRS identifizierten Forschungsbeiträge konnte der Bereich Forschungsschwerpunkte um den Themenschwerpunkt „Juristische Themengebiete“ erweitert werden.

8.4.6. Ergebnispräsentation der englischsprachigen Handrecherche

Die englischsprachige Handrecherche erfolgt in Ergänzung zur englischsprachigen systematischen Handrecherche, um zum einen ergänzende Informationen der Berufsverbände zum Themengebiet zu eruieren und zum anderen dem in der Recherche aufgetretenen Problem der Identifikation von Hebammenforschungsarbeiten in Abgrenzung zu anderen Disziplinen entgegenzuwirken. Auf Grund des Status des ICM (International Confederation of Midwives) als Föderation wurde im weiteren Verlauf der Recherche auf eine systematische Untersuchung der einzelnen internationalen Hebammenverbände verzichtet. Die Untersuchung des ICM Internetauftritts erfolgt daher stellvertretend für die internationalen Berufsverbände (www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011). Es handelt sich bei ihm um eine Föderation internationaler Hebammenmitgliedsverbände, die in enger Zusammenarbeit mit der WHO, Regierungen weltweit und internationalen Institutionen Anstrengungen zum

Schutz von Mutterschaft und Familiengesundheit unternimmt. Dabei übernimmt der ICM nach eigenen Worten die Führungsrolle in der Entwicklung von Definitionen zum Hebammenwesen sowie Standards und Leitlinien zur Hebammenausbildung. Neben der Entwicklung entsprechender Reglements für die Hebammentätigkeit unterstützt die Föderation Länder beim Aufbau eigener Hebammenverbände.

Die Analyse relevanter Dokumente, die im Internet von Seiten des ICM zur Verfügung gestellt werden, zeigt auf, dass hier die Rolle der Hebamme im Bereich Forschung zwar beschrieben (Core Document: Role of the Midwife in Research), aber Hebammenwissenschaft in den Internet-Dokumenten des ICM weder Definition noch Nennung erfährt (www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011 vgl. Registraturleiste: Documents). Des Weiteren liefert die Untersuchung des Internetauftritts die für die Auswertung der Wissensbestände notwendige Beschreibung der von den weltweiten Mitgliedsverbänden verabschiedeten Hebammenkompetenzen. Für die Analyse wesentlich ist hier die Erhebung der sogenannten Additional Skills, die die voneinander abweichenden länderspezifischen Berufskompetenzen beschreiben (www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Compseenglish_2002-JF_2007%20FINAL.pdf Zugriff: 08.09.2011). Sie erklären die differierenden Forschungsthemen in den einzelnen Ländern und ermöglichen die Zuordnung der Literatur zur Hebammenwissenschaft.

Die Midwives Alliance of North America (MANA) hält die für die Analyse der Forschergruppe notwendigen Informationen zu den Berufsbezeichnungen und ihren Abkürzungen für die USA bereit (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11 MANA Hebammen Definition

Abkürzung	Beschreibung
CM	<p>Certified Midwife</p> <p>Ausbildung in der Disziplin Hebammenwesen</p> <p>Zertifizierung entspricht den Empfehlungen des American College of Nurse- Midwives (ACNM)</p> <p>Zertifizierung erfolgt über das American Midwifery Certification Board (AMCB)</p>
CNM	<p>Certified Nurse-Midwife</p> <p>Ausbildung in den Disziplinen Pflege und Hebammenwesen</p> <p>Die Zertifizierung entspricht den Empfehlungen des American College of Nurse- Midwives (ACNM)</p>
CPM	<p>Certified Professional Midwife</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig arbeitende Hebamme • Ausbildung in der Disziplin Hebammenwesen <p>die Zertifizierung entspricht den Standards des North American Registry of Midwives (NARM)</p> <p>hat den internationalen Berechtigungsnachweis, auch außerhalb des Kliniksettings zu arbeiten</p> <p>bietet „Midwife Model of Care“⁴⁹ für gesunde Frauen und Kinder an</p>
DEM	<p>Direct-Entry Midwife</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig arbeitende Hebamme • Ausbildung in der Disziplin Hebammenwesen • Mit Hebammenschul-,College- oder Universitätsabschluss <p>bietet „Midwife Model of Care“ für gesunde Frauen und Kinder außerhalb des Kliniksettings an</p>
Lay Midwife	<p>Bezeichnung für eine Geburtshelferin ohne offiziell anerkannte Ausbildung und Zertifikation (auch: traditional midwife, traditional birth attendant)</p>

⁴⁹ Midwife model of Care ist die englischsprachige Bezeichnung für eine hebammengeleitete Versorgung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

8.4.7. Ergebnispräsentation der deutschsprachigen Handrecherche

Die Beantwortung der Forschungsfragen für den deutschsprachigen Raum setzt eine ausgedehnte Handrecherche voraus, da unter Verwendung der normativ abstrakten Suchbegriffe „Hebammenwissenschaft“ und „Hebammenforschung“ in der systematischen Recherche keine relevanten Treffer zu verzeichnen sind.

Mit der MH-Hannover und der DGHWi (Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft) wurden Institutionen gefunden, die in ihrem Internetauftritt den Begriff der Hebammenwissenschaft verwenden, ohne ihn jedoch zu definieren. Ohne die Existenz einer solchen Wissenschaft in Frage zu stellen, bietet die MH-Hannover auf ihren Seiten die Beschreibung der Entwicklung einer Hebammenwissenschaft in Deutschland (www.mh-hannover.de/hebammenwissenschaft.html Zugriff 24.04.2012). Als entscheidender Meilenstein wird die beginnende Forschungsaktivität von Hebammen in Deutschland mit Beginn des ersten EbM (Evidenzbasierte Medizin / Synonym: EbcP) Forschungsworkshops 1989 beschrieben sowie die Übersetzung eines als Standardwerk für das Hebammenwesen bezeichneten Buches in deutscher Sprache.⁵⁰ Mit dem international ausgerichteten Studiengang „Hebammenwissenschaft“ und der AG Hebammenwissenschaft ist die wissenschaftliche Orientierung der Disziplin an der Hochschule erkennbar. Forschungsaktivität der AG Hebammenwissenschaft wird zu einem großen Teil in Form von Projektarbeit an der Hochschule unter Beteiligungen von Wissenschaftlerinnen aus dem Hebammenwesen durchgeführt. Die Publikationsliste verweist bis auf zwei Titel auf die (Mit-) Autorenschaft der Leiterin der AG Hebammenwissenschaft, Frau Prof. M. Groß. Die Anzahl von Titeln, die im Verlauf weniger Jahre veröffentlicht wurden, erklärt sich u. a. über diverse Publikationen in deutscher und englischer Sprache zur ProGeb Studie sowie diversen Posterpräsentationen. Acht Studien mit zumeist quantitativem Design und drei Übersichtsarbeiten konnten in die Beantwortung der Reviewfragen mit einbezogen werden. Das Forschungsspektrum bewegt sich zwischen Untersuchungen zur

⁵⁰ Enkin et al, I A Guide to effective Care in Pregnancy and Childbirth, 2. Auflage: Oxford University Press, 1995

Versorgungsorganisation (Groß and Antes 2003; Schlömer, Gross et al. 2003; Gross, Drobic et al. 2005; Gross, Hecker et al. 2005; Ayerle, Hecker et al. 2008; David, Gross et al. 2009), Klientenpräferenz (Groß and Antes 2003; Gross, Haunschild et al. 2003; Gross, Petersen et al. 2010), Instrumentenentwicklung (Ayerle and Groß 2010) und Versorgungssetting (David, Pachaly et al. 2006).

Mit der 2008 an der MH-Hannover gegründeten Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) (vgl. www.dghwi.de/ Zugriff 18.01.2011) zeigt sich eine unabhängige Institution, die das Ziel der Förderung einer Hebammenwissenschaft in Forschung, Lehre und Praxis verfolgt. Im Fokus steht die Entwicklung des Faches „Hebammenwesen“ und die bedarfsgerechte, evidenzbasierte, effiziente und effektive Versorgung von Frauen und Familien in der reproduktiven Lebensphase. Die Fachgesellschaft beschreibt ihre Aufgabe in der Unterstützung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben sowie der Verbreitung von Forschungsergebnissen ohne eine dezidierte Definition einer Hebammenwissenschaft bereit zu halten. Die Bearbeitung der Themenschwerpunkte erfolgt in sechs Sektionen (vgl. www.dghwi.de/ Zugriff 18.01.2011) zu „Aus- und Weiterbildung“, „Ethik“, „Geschichte des Hebammenwesens“, „Stillen & Ernährung“, „Praktische QM in der Hebammenarbeit“ und „Schwangerenvorsorge“ sowie fünf AGs zu „Geburtserfahrung von Frauen im europäischen / internationalen Kontext (Migration)“, „Hausgeburt“, „Beratung in der Hebammentätigkeit“, „Kind: Bindung, emotionale Entwicklung“ und „Position von Hebammen in der Gesellschaft, Frauengesundheit, Versorgung, Gesundheitspolitik“. Der derzeitige Forschungsstand der DGHWi ist auf Grund fehlender Publikationsangaben, auch mit Stand 30.12.2012, unklar. Für nur vier der zwölf seitens der DGHW deklarierten deutschsprachigen Standorte für Hebammenforschung (www.dghwi.de/ Zugriff 18.01.2011) kann regelmäßige Hebammenforschungsaktivität nachgewiesen werden. Auf Grund fehlender Publikationen in der international anerkannten Wissenschaftssprache Englisch (Publikationssprache Französisch) erfolgt der Ausschluss der beiden genannten Hebammenforschungsstandorte Haute Ecole Cantonale Vaudoise Santé (Hecv), Lausanne

(www.hecvssante.ch) und Haute Ecole de Santé (HEdS), Genève (www.heds-ge.ch). Die deutschsprachigen Internetauftritte der verbliebenen Hochschulen wurden auf Angaben und Definitionen zu Hebammenwissenschaft und ihrem Forschungsbereich untersucht. Unter der in der internationalen Recherche bestätigten Prämisse, dass auch im deutschsprachigen Raum Hebammenforschung über das Handlungsfeld, die Berufsgruppe und / oder Beteiligung der Berufsgruppe am Forschungsgeschehen definiert wird und regelmäßige Forschungsaktivität vorweist, erfolgt in Ergänzung mit der Untersuchung der abgebildeten Publikationslisten und Projekte die Einschätzung, dass sechs der als Hebammenforschungsstandorte deklarierten Hochschulen keine Forschungsaktivität im Sinne einer Hebammenforschung verzeichnen. So konnte für die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Publikationsliste der interdisziplinär angelegten Arbeitsgruppe 4: „Prävention und Gesundheitsförderung“, bis auf die Dissertation der Hebamme Baumgärtner, keine dezidierten Hinweise auf Untersuchungen zum Aufgabengebiet des Hebammenwesens, bzw. Forschungsbeteiligung einer Hebamme gefunden werden (www.fh-krems.ac.at Zugriff 23.04.2012). Die interdisziplinär angelegten Projekte widmen sich der Frage nach geschlechtsspezifischen Präventionspotenzialen von Frauen und Männern, ihren gesundheitlichen Bedürfnissen und wie das Gesundheitssystem auf diese Geschlechterunterschiede angemessen reagieren kann. Die Hochschule für Gesundheit in Bochum (www.fh-gesundheit.de Zugriff 01.02.2011) nutzt den Internetauftritt, um den grundständigen Studiengang „Hebammenkunde“ vorzustellen, ohne auf Hebammenforschungsprojekte hinzuweisen. Mit Stand vom 03.01.2013 weisen die Internetseiten der Hochschule für Gesundheit in Bochum eine Publikationsliste auf. Die Überprüfung lässt keine Beiträge zur Definition der Hebammenwissenschaft finden.⁵¹ Auch für die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (www.medizin.uni-halle.de Zugriff 01.02.2011) konnten keine Angaben gewonnen werden, die Aufschluss über das Themengebiet

⁵¹ Die mit Stand vom 03.01.2013 vorgefundenen Publikationen von Forschungsprojekten wurden im Verlauf der Recherche der vorliegenden Arbeit bereits an anderer Stelle identifiziert und sind in die Analyse eingeflossen.

Hebammenwissenschaften oder Hebammenforschung geben.⁵² Die Hochschule Krems / Österreich bietet im Bereich der Gesundheitswissenschaften mit dem Bachelorstudiengang „Hebammen“ in Österreich die akademische Form der Hebammenausbildung an. Die Fachhochschule Krems definiert Hebammenforschung über das Berufsfeld von Hebammen und sieht Hebammen als Forschungsbeteiligte (www.fh-krems.ac.at Zugriff 06.02.2011). Aufgabe und Ziel von Hebammenforschung sieht die Hochschule in der wissenschaftlichen Hinterfragung und Festigung der gesellschaftlichen Sonderposition von Hebammen durch Entwicklung von Qualitätsstandards in Ausbildung und Praxis mit dem Ziel der Erschließung neuer Wirkungsfelder. Ziel ist es, der „...in Österreich noch sehr jungen Geschichte der Hebammenforschung zu entsprechendem Ansehen innerhalb der wissenschaftlichen Community zu verhelfen“ (www.fh-krems.ac.at Zugriff 06.02.2011). Mit Stand April 2012 erfolgt die Subsumierung des Forschungsgebietes unter „School of Health“ ohne erkennbare Trennschärfe zu anderen Disziplinen (www.fh-krems.ac.at Zugriff 23.04.2012). Für die Schweiz wurden die Internetauftritte des an der Universität Basel angegliederten Institutes für Pflegewissenschaften und Forschung (www.nursing.unibas.ch), die Berner Fachhochschule BFH (www.gesundheit.bfh.ch) sowie die Zürcher Hochschule (www.gesundheit.zhaw.ch) auf Angaben zu Hebammenforschung untersucht. Weder für das Institut für Pflegewissenschaften und Forschung an der Universität Basel noch für die Berner Fachhochschule konnten dezidierte Anzeichen einer Hebammenforschung identifiziert werden. Anhand der Forschungspopulation wäre für die Universität Basel eine denkbare Zuordnung möglich, da jedoch keine eindeutige Abgrenzung durch Beschreibung der Forschungsrichtung möglich ist, wird Basel als Standort von Hebammenforschung in Frage gestellt. Das gleiche gilt für die FH Bern, die Forschungsaktivität im Sinne von Projektarbeit vermissen lässt, bzw. deren auf den Internetseiten genannten Diplom- und Bachelorarbeiten als nicht wissenschaftlich publiziert gelten.⁵³

⁵² Die erneute Überprüfung der Internetseiten am 03.01.2013 bestätigt die Aussage.

⁵³ Die erneute Überprüfung der Internetseiten der Standorte Basel und Bern am 03.01.2013 bestätigt die Aussage.

Zu den eingeschlossenen Standorten von Hebammenforschung zählen dagegen die bereits beschriebene MH-Hannover mit ihrer AG Hebammenwissenschaft (www.mh-hannover.de) sowie der Verbund Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück (www.hebammenforschung.de), der Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health an der Universität Osnabrück (www.maternal-health.uos.de) und die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen (www.gesundheit.zhaw.ch).

Das an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften angegliederte Institut für Hebammen bietet die Ausbildung zum Bachelor of Science, Weiterbildung, Forschung und Entwicklung sowie Beratung und weitere Dienstleistungen für die Berufsgruppe der Hebammen an. Im Bereich der Forschung betreibt das Team der Fachstelle Gesundheitswissenschaften vorwiegend anwendungsorientierte Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere auch bei berufsübergreifenden Fragestellungen. Die Forschungsgruppe des Institutes für Hebammen sieht ihre Aufgabe in der Förderung der Qualität der Hebammenarbeit durch angewandte Forschungsprojekte sowie Beratung in den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und postnataler Phase (www.gesundheit.zhaw.ch Zugriff 06.02.2011). Forschungsschwerpunkte der Projektarbeit liegen im Bereich der Versorgungsstruktur mit drei Projekten sowie der Versorgungsorganisation, Instrumentenentwicklung und –überprüfung und Einstellungen / Standpunkte von Hebammen (Midwives Attitude) mit jeweils einem Projekt. Die Hochschule bietet mit ihrer Bildungseinrichtung einen Hebammenforschungsstandort, dessen Forschungsteam zum Teil aus Wissenschaftlerinnen besteht, deren Primärqualifikation im Hebammenwesen beheimatet ist. Dem Internetauftritt sind keine Definitionen zu einer Hebammenwissenschaft zu entnehmen.

Der an der Universität Osnabrück angegliederte Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health konzentriert sich auf die Untersuchung der „Gesundheit von Frauen von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit bzw. dem ersten Lebensjahr des Kindes“ (www.maternal-health.uos.de Zugriff 26.04.2012). Die Bezeichnung als Hebammenforschungsstandort zeigt sich in der Beschreibung des Studienfokus. Er ist auf das Handlungsfeld und die Berufsgruppe gerichtet, indem er sich auf

das Wirken von Hebammen während des Betreuungsbogens von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes unter Einbezug der interdisziplinären Betrachtung und Analyse konzentriert. Für nur ein Mitglied des multidisziplinär besetzten Forscherteams kann der Nachweis der Beziehung zum Hebammenwesen den Internetangaben entnommen werden (www.maternal-health.uos.de Zugriff 26.04.2012). Die nur rudimentär angelegten Forschungsprojektinformationen machen eine zeitaufwendige weiterführende Handrecherche notwendig, um eine vergleichende Auswertung im Sinne der Reviewfragen sicherzustellen. Insgesamt betrachtet gelingt die Auswertung anhand der im Netz vorliegenden Informationen für neun der 24 Projekte nicht zufriedenstellend. Für fünf der 24 Projekte erfolgt der Nachweis der Förderung von staatlicher Seite, drei Projekte sind Bestandteil einer Graduiertenförderung und vier Projekte werden / wurden durch Non-Governmental-Organization (NGOs) finanziert. Die Analyse der Publikationsliste erbringt sechs Studien, die in die weitere Auswertung einfließen. Bei einem großen Teil der Publikationen handelt es sich um in populärwissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichte Artikel bzw. Posterpräsentationen, Kongressbeiträge und Abstrakts. Bei den Studien handelt es sich um Untersuchungen zu den Themenbereichen Instrumentenentwicklung (Voigt, Schneider et al. 2004), Klientenpräferenzen (Hellmers 2008) und Sonstige (Reime, Schucking et al. 2008). Alle drei Studien folgen dem quantitativen Forschungsansatz. Der Begriff „Hebammenforschung“ oder Hebammenwissenschaft“ ist nicht Bestandteil des Internetauftrittes.

Mit dem seit 2004 an der Hochschule Osnabrück angesiedelten Verbund Hebammenforschung (www.hebammenforschung.de Zugriff 23.04.2012) wurde ein Standort der Hebammenforschung identifiziert, dessen Ziel die systematische Weiterentwicklung der Arbeit von Hebammen und deren Anpassung an Bedürfnisse und Bedarfe von Frauen und ihren Familien ist. Die Forschungsaktivität des bis 2010 vom BMBF geförderten Pflegeforschungsverbundes konzentriert sich auf Untersuchungen zu frauen-familienorientierten Versorgungskonzepten, Hebammenarbeit und Gesundheitsförderung, Gesundheitssystemforschung und ökonomische Evaluationen. Wissenschaftliche Forschungsaktivität wird verstanden als Bindeglied zwischen Praxis-Theorie-Praxis-, ohne gleichzeitig den

theoretischen Rahmen einer Hebammenwissenschaft bereitzustellen. Projekte des Forschungsverbundes sind innerhalb der Förderphase bis 2010 an das BMBF gekoppelt. Ab 2011 zeichnet sich für den Fundingbereich neuer Projekte mit der Volkswagen Stiftung eine NGO verantwortlich. Mit der staatlichen Förderung der Projektarbeit durch das BMBF ist der Verweis auf eine politisch intendierte Forschung gegeben. Die differierende inhaltliche Qualität der Projektbeschreibungen auf den Internetseiten des Verbundes Hebammenforschung erfordert eine vertiefende Untersuchung der Publikationsliste, um die identifizierten Projekte einer vergleichenden Auswertung zugänglich zu machen. Die in diesem Zusammenhang erkennbare Publikationspraxis zeigt zum einen das gängige Vorgehen der Verbreitung von Ergebnissen in populärwissenschaftlichen Fachzeitschriften, wie z.B. Verbandszeitschriften und zum anderen den häufig diskordanten Zusammenhang zwischen Titel und Inhalt von Artikeln. Drei der 115 Titel, die zwischen 2004 – 2010 veröffentlicht wurden, flossen in die Reviewauswertung ein. Es handelt sich u. a. um den Beitrag von Hellmers und Kehrbach (Hellmers and Kehrbach 2006) zur Definition der Berufskompetenzen von Hebammen in Deutschland. Der Beitrag verdeutlicht, in Abgrenzung zu den von Fullerton und Kollegen entwickelten additiven ICM Core Competencies (Fullerton, Severino et al. 2003), den Aufgabenbereich von Hebammen in Deutschland und beschreibt das Forschungsfeld. Mit dem Beitrag von zu Sayn-Wittgenstein (Sayn-Wittgenstein 2005) wurde ein Artikel gefunden, der neben einer genauen Beschreibung des Projektes „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ unter Berücksichtigung seiner vier Teilprojekte, Einblick in Entwicklung und Philosophie des Hebammenwesens in Deutschland erlaubt. Des Weiteren konnte eine weitere Studie identifiziert werden, die nicht Teil der untersuchten Projekte ist. Die von Hellmers und Krahel (Hellmers, Krahel et al. 2010) vorgestellte qualitative Untersuchung zu Entscheidungsoptionen von Medizinerinnen ist der erste Beitrag aus dem Bereich Hebammenforschung zu nicht hebammenspezifischen Phänomenen. Der Beitrag führte zur Erweiterung der Auswertungskategorien „Forschungsspektrum“ um das Themengebiet Sonstige. Für alle Projekte / Studien konnte die Beteiligung einer Hebamme am Forschungsvorhaben nachgewiesen werden.

Methodisch betrachtet verdeutlicht die Untersuchung der Internetauftritte der als Hebammenforschungsstandorte deklarierten Hochschulen die Notwendigkeit der Anpassung der Recherchekriterien an die Anforderungen einer Handrecherche. Die nicht mögliche kongruente Anwendung der entwickelten Recherchesystematik beschränkt das Auffinden von Beiträgen, die der Beantwortung der Reviewfragen dienen. Daher erfolgt die eingehende Untersuchung der Internetseiten unter Einbezug von Projektbeschreibungen, Mitarbeiterbeschreibungen und Publikationslisten auf dezidierte Hinweise zum Thema. Quellenangaben müssen, um den Qualitätskriterien eines Reviews zu entsprechen, einzeln in frei zugänglichen Datenbanken gesucht und zum Teil manuell in ein Literaturverwaltungsprogramm überführt werden. Dieser sehr aufwendige Prozess führt gleichzeitig zur Überprüfung der Qualität der von den Betreibern der Standorte gepflegten Publikationslisten. Falsche Zitationen, Dopplungen oder Angaben von Publikationen, die sich seit Jahren in Druck befinden, erschweren die Auswertung beträchtlich.⁵⁴ Da im deutschsprachigen Raum nicht allen Publikationen Abstrakte vorangehen, muss auch hier anhand von Titeln oder der Volltextanalyse auf Ein- und Ausschluss entschieden werden. Die Variationsbreite der Inhalte der untersuchten Publikationslisten erstreckt sich von Veröffentlichungen unterschiedlicher Güte ausschließlich zum Forschungsschwerpunkt der Forschungsstandorte bis hin zu Publikationslisten, die, unabhängig vom Themenbereich, den Gesamtüberblick über Veröffentlichungen der Mitglieder eines Forschungsschwerpunktes enthalten⁵⁵. Ausgehend von der Untersuchung der Publikationsliste des Verbunds Hebammenforschung Osnabrück, die u. a. eine breite Variation von Beiträgen zum Forschungsprojekt Hebammenkreißsaal enthält, wurde für die weitere Handrecherche beschlossen, nur Artikeln nachzugehen, die dem wissenschaftlichen Anspruch entsprechen. Ausgeschlossen wurden daher Veröffentlichungen in Publikationsorganen, die nicht einem Peer-Reviewverfahren unterliegen, wie z.B. Verbandszeitschriften, Rundbriefen, Tageszeitungen etc. Sie werden im weiteren

⁵⁴ Vgl. im Reviewprotokoll die Publikationsliste des Verbundes Hebammenforschung: Dopplung Nr. 1 und Nr. 7 sowie Nr. 2 und Nr. 8, Nr. 45 ungenaue Quellenangaben

⁵⁵ Vgl. im Reviewprotokoll die Publikationsliste des Verbundes Hebammenforschung
Vgl. im Reviewprotokoll die Publikationsliste Maternal and Child Health Nr. 10

Verlauf des Reviews mit dem Begriff „populärwissenschaftliche Fachzeitschriften“ beschrieben.

Mit dem Verweis des Schweizer Hebammenverbandes auf Hebammenforschung erschließen sich Qualifikationsarbeiten sowie Semesterbeiträge Schweizer Hebammen. In die weitere Auswertung können die publizierten Beiträge von E. Cignacco und E. Kurth integriert werden, die unter internationaler Beteiligung zum Thema Schmerzerfahrung Frühgeborener (Cignacco, Hamers et al. 2008; Cignacco, Denhaerynck et al. 2009; Cignacco, Hamers et al. 2009) und der Schreiproblematik im Zusammenhang mit mütterlicher Erschöpfung (Kurth, Spichiger et al. 2010; Kurth 2011; Kurth, Kennedy et al. 2011) forschen. Die identifizierten Beiträge können herangezogen werden zur Analyse des Denkstils über Betrachtung der Forschungslandschaft, bieten jedoch keine Hinweise zur Theoriebildung oder Wissenschaftsbeschreibung. Mit dem Beitrag von Dörpinghaus und Schröter aus dem Jahr 2005 (Dörpinghaus and Schröter 2005), wurde der einzige Artikel mittels Handrecherche identifiziert, der sich dem Thema Hebammenwissenschaft über die Wissenschaftsbezeichnung nähert und diesen in Frage stellt.

9. Zuordnung der Befunde des Reviews zu den Forschungsfragen

Das folgende Kapitel dient der Zuordnung der Reviewbefunde zu den einzelnen Forschungsfragen, ohne an dieser Stelle die Interpretation vorwegzunehmen, die in Kapitel 10 erfolgt. Die beschreibende Auswertung erfolgt anhand des Analyserasters (vgl. Kapitel 7), das mittels Kriterien und Kriterienausprägung auszuwertende Daten liefert. Als maßgeblich für die Analyse werden bereits die mit Entwicklung der Recherchestrategie gewonnenen Einblicke in die Thematik betrachtet. Die Verwendung der normativ abstrakt gesetzten Suchbegriffe „Hebammenwissenschaft“ / „Hebammenforschung“ bzw. „Science of Midwifery“ / „Research of Midwifery“ dienen dabei der Gewinnung eines Überblicks über die internationale Hebammenwissenschaft, ohne den Anspruch auf Abbildung der vollständigen Forschungslandschaft zu erheben. Von 1289 untersuchten Titeln konnten insgesamt 341 der Analyse zugeführt werden, wobei 251 aus dem internationalen Raum und 90 Beiträge aus dem deutschsprachigen Raum stammen.

Für den deutschsprachigen Rechercheteil zeigt sich die Verwendung der in der internationalen Suche geläufigen Begriffe als nicht zielführend. Die Verwendung des Suchbegriffs „Hebammenwissenschaft“ liefert keine Ergebnisse zu Literatur, die sich mit der Beschreibung der Hebammenwissenschaft auseinandersetzt. Stattdessen verdeutlicht die dezidierte Untersuchung der gefundenen Literatur unter den genannten Suchbegriffen das Problem der Diskordanz, das sich in der häufig fehlenden Übereinstimmung zwischen Titel und Inhalt der Publikationen zeigt. Dies bestätigt sich bei genauerer Untersuchung der Publikationslisten der Hebammenforschung-Standorte. Nur vier der zwölf von Seiten der DGHWI als Hebammenforschungs-Standorte deklarierten Standorte halten nach genauerer Untersuchung der Beschreibung stand und verweisen auf Forschungsaktivität. Die Internetpräsenzen der genannten vier Standorte, bei denen es sich um den Forschungsverbund Osnabrück, die MH Hannover, den Forschungsschwerpunkt Maternal Health in Hannover und die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften handelt, bieten neben den Publikationslisten zudem einen Überblick über laufende und

abgeschlossene Projektvorhaben. Da dies jedoch ohne Angaben zu entsprechenden Ergebnispublikationen geschieht, ist für die deutschsprachigen Standorte zum jetzigen Zeitpunkt ein Methodenproblem zu beobachten, das die Diskrepanz zwischen Erbringung von Forschungsleistung und Ergebnispublikation aufzeigt. Zugleich birgt die aufwendige Recherche nach entsprechenden Ergebnispräsentationen, die der Analyse zugeführt werden können, einen gewissen Interpretationsbias in sich, da Projekttitel nicht immer deckungsgleich mit den Publikationstiteln sind.

Für die internationale Suche zeigt sich das Problem in der Zuordnung diverser Studiengegenstände zur Hebammenforschung. Es handelt sich zum einen um Publikationen von Autoren, deren Bezug zum Hebammenwesen nicht eindeutig nachzuvollziehen ist, sowie um Themenfelder, die aus der Sicht einer in Deutschland ausgebildeten Hebamme nicht dem Gegenstandsbereich des Hebammenwesens zugeordnet werden können. Die hohe Trefferanzahl in der englischsprachigen Recherche, aus dem Bereich des „Nursing“, erklärt sich über das angloamerikanische Studienmodell, in dem die Spezifizierung zur Hebamme auf dem Pflegestudium aufbaut und Hebammen daher auch im Bereich der Pflege arbeiten und forschen (vgl. Morten, Kohl et al. 1991 S. 276). Um eine korrekte Einsortierung der Treffer zu Themen der Hebammenforschung vornehmen zu können, erfolgt die Orientierung anhand der vom Internationalen Dachverband ICM beschriebenen und von den Mitgliedsverbänden verabschiedeten Kernkompetenzen sowie länderspezifischen „Additional Skills“ der Hebammentätigkeit. Erst mit Herausbildung der „Direct entry Midwife“ oder auch CPM (Certified Professional Midwife)⁵⁶, also einer Hebamme ohne Pflegeausbildung, zeigt sich in der englischsprachigen Recherche eine Differenzierung der Bereiche „Nursing“ und Midwifery“ durch Betonung der unterschiedlichen Themengebiete (vgl. Nixon and Power 2007 S. 72). Obwohl der Beginn von Forschungsaktivitäten von Seiten des Hebammenwesens für den internationalen Raum seit Beginn der 1950er Jahre zu belegen ist (vgl.

⁵⁶ Für Neuseeland, Australien und USA zeigt die Internet-Recherche den Beginn der Einführung eines „Direct entry Midwife“ - Ausbildungsmodells ab den 1990er Jahren.

Fullerton and Wingard 1990; Biley and Freshwater 1999), stammt der älteste der Analyse zugeführte Beitrag aus dem Jahr 1983 (Naber 1983).

Im weiteren Verlauf erfolgt die Zuordnung der Befunde zu den Forschungsfragen im Vergleich für die internationale und die deutschsprachige Wissenschaftscommunity.

1. Wird das Arbeitsfeld des Hebammenwesens in Abgrenzung zu angrenzenden Berufsgruppen in der Literatur theoriegeleitet abgeleitet und /oder beschrieben?

1.1. Wird das Arbeitsfeld von Hebammen beschrieben / definiert?

Die Untersuchung der deutschsprachigen und internationalen Wissensbestände der Forschergemeinschaft auf Beiträge zu den Arbeitsfeldern von Hebammen erfolgt in Orientierung an die ICM Kernkompetenzen (vgl. Tabelle 12)Die, von Fullerton und Kollegen (Fullerton, Severino et al. 2003) unter Einbezug der unterschiedlichsten wissenschaftlichen Methoden entwickelten berufsgruppen-spezifischen Kernkompetenzen, sind Basis globaler Standards für das internationale Hebammenwesen. Zur Gewährleistung der Evaluation erfolgt ihre Präsentation in Form sogenannter „Living Document“ (www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011). Durch die Unterteilung in international gültige Kompetenzen sowie sogenannte „Additional Skills“, die der Anpassung an variierende länderspezifische Versorgungsansprüche gelten, bilden sie das Arbeitsfeld von Hebammen weltweit ab.

Tabelle 12 ICM Core Competencies

(www.internationalmidwives.org Zugriff 08.09.2011)

The ICM Core Competencies

Competency in Social, Epidemiologic and Cultural Context of Maternal and Newborn Care

Competency #1: Midwives have the requisite knowledge and skills from obstetrics, neonatology, the social science, public health and ethics that

form the basis of high quality, culturally relevant, appropriate care for women, newborns, and childbearing families

Competency in Pre-Pregnancy Care and Family Planning

Competency #2: Midwives provide high quality, culturally sensitive health education and services to all in the community in order to promote healthy family life, planned pregnancies and positive parenting

Competency in Provision of Care Pregnancy

Competency #3: Midwives provide high quality antenatal care to maximize health during pregnancy and that includes early detection and treatment or referral of selected complications

Competency in Provision of Care During Labour and Birth

Competency #4: Midwives provide high quality, culturally sensitive care during labour, conduct a clean and safe birth and handle selected emergency situations to maximize the health of women and their newborns

Competency in Provision of Care for Women during the Postpartum Period

Competency #5: Midwives provide comprehensive, high quality, culturally sensitive postpartum care for women

Competency in Postnatal Care of the Newborn

Competency #6: Midwives provide high quality, comprehensive care for the essentially healthy infant from birth to two month of age

Competency in Facilitation of Abortion-Related Care

Competency #7: Midwives provide a range of individualized, culturally sensitive abortion-related care services for women requiring or experiencing pregnancy termination or loss that are congruent with applicable laws and regulation and in accord with national protocols

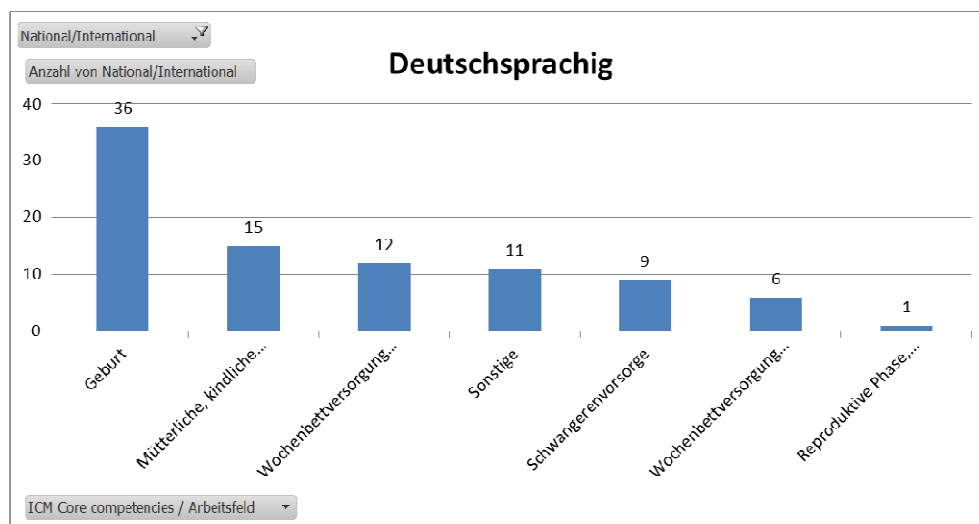
Die Untersuchung der Wissensbestände in Anlehnung an die ICM Kernkompetenzen zeigt die Differenzierung der Beiträge in die Arbeitsfelder „mütterliche, kindliche Versorgung“, „Reproduktive Phase / Familien-

planung“, „Schwangerenvorsorge“, „Geburt“, „Wochenbett-versorgung des Neugeborenen“, „Wochenbettversorgung der Mutter“ sowie „Versorgung bei Schwangerschaftsabort“. Beiträge, deren Einsortierung unter „Sonstige“ erfolgt, bilden Inhalte abseits der definierten ICM Kernkompetenzen ab (vgl. Excel-Tabelle im Anhang).

Für die deutschsprachige Hebammenwissenschaft zeigt sich, dass das Arbeitsfeld „Geburt“ mit 36 von 90 Beiträgen am meisten beforscht und in der Community diskutiert wird. Auch die Beforschung des Wochenbetts mit insgesamt 18 Beiträgen zur Versorgung von Mutter und Kind ist von hohem Interesse. Dagegen sind die Arbeitsfelder der „Reproduktiven Phase, Familienplanung“ sowie „Versorgung bei Schwangerschaftsabort“ im deutschsprachigen Raum bis dato wenig bis gar nicht untersucht. Beiträge, die unter „Sonstige“ einsortiert werden, setzen sich mit der Geschichte des Hebammenwesens auseinander, mit der Berufsgruppe an sich bzw. mit dem Themengebiet der „Forschungsanleitung“ (vgl. Forschungsfrage: Merkmale der Forschungsliteratur).

Abbildung 17 Zuordnung deutschsprachiger Publikationen zu ICM Core Competencies / Arbeitsfeldern

(Evidenzart: alle, n = 90)

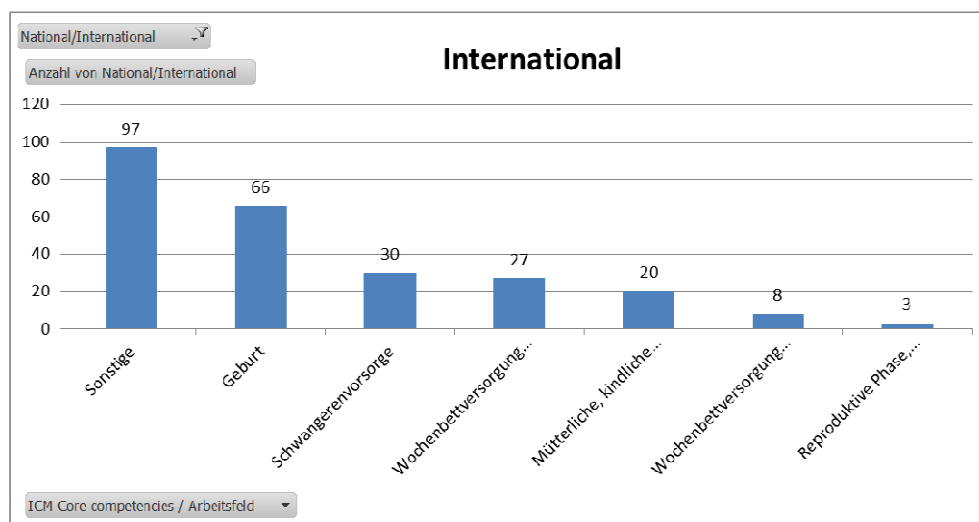


Quelle: Eigene Darstellung

Während Morten et al. (Morten, Kohl et al. 1991) sowie Nolte (Nolte 1995) noch in ihren aus den Jahren 1991 und 1995 stammenden Beiträgen auf

den Mangel an systematisch erstellter Literatur zu den Arbeitsfeldern des Hebammenwesens hinweisen, zeigt die aktuelle Betrachtung der internationalen Publikationslandschaft die Zunahme an entsprechender Literatur auf (vgl. hierzu die Forschungsfrage: Merkmale der Forschungsliteratur). Im Vergleich zur deutschsprachigen zeigt sich für die internationale Literatur mit 66 von 251 Beiträgen ebenso die hohe Gewichtung des Arbeitsfeldes „Geburt“ im Diskurs der Scientific Community. Auch hier wird mit 30 Beiträgen zur Schwangerenvorsorge und 35 zum Wochenbett von Mutter und Kind das Interesse der Forschergemeinschaft an den beiden Gegenpolen des Betreuungsbogens deutlich. Im Vergleich zur Menge der Beiträge zeigt sich allerdings ebenso wie in der deutschsprachigen Community mit nur drei Artikeln zur „Reproduktiven Phase / Familienplanung“ die Vernachlässigung eines Arbeitsfeldes im wissenschaftlichen Diskurs, dessen Untersuchung bei Zurückgang der Geburtenrate in den industrialisierten Ländern für Gesellschaft von Interesse ist.

Abbildung 18 Zuordnung internationaler Publikationen zu ICM Core Competencies / Arbeitsfeldern



Quelle: Eigene Darstellung

1.2. Wenn ja, wird das Arbeitsfeld in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen beschrieben?

In der Frage der Abgrenzungstendenz zu anderen Berufsgruppen zeigt sich die Herangehensweise über die Untersuchung der Forschungsbereiche als sinnvoll. Die Recherche zeigt für den Forschungsbereich „Vergleich Hebammen-Ärzte / Pflege“ für den internationalen Raum 6 Treffer. Zu den Studien, die den Vergleich Hebammen versus Ärzte anstrengen, gehören hier die Untersuchungen von Bloomfield et al. zum Qualitätsvergleich des Neugeborenen-Screenings (Bloomfield, Rogers et al. 2003), zur Dokumentationsgenauigkeit beider Berufsgruppen (Bradford, Cardenas et al. 2007) und zum Vergleich des Wissensstandes von Hebammen und Ärzten bzgl. der Ätiologie von Dammbeschwerden und ihrer Therapie (Harris 1992). Mit der vergleichenden Untersuchung des Embryonen-Transfer durch Ärzte oder Hebammen in einem IVF (In-vitro-Fertilisation) Programm in Schweden (Bjuresten, Hreinsson et al. 2003) liegt der Fokus auf einem länderspezifischen „Additional Skill“. Ament konzentriert sich in ihrem Fachartikel auf die Unterschiede in der Ausbildung von Medizinerinnen und Hebammen im Hinblick auf die Entwicklung eines gemeinsamen Ausbildungsmodells (Ament and Hanson 1998). Der einzige identifizierte Fachartikel im Themenbereich „Vergleich Hebammen-Ärzte / Pflege“, der sich mit dem direkten Vergleich des Hebammenwesens mit der Pflege auseinandersetzt, konzentriert sich anhand der Beschreibung der Beziehung von „Science“ und „Art“ zum „Caring“ des Hebammenwesens auf die Darstellung der differierenden Arbeitsfelder beider Berufsgruppen für Süd-Afrika (Nolte 1995).

Aus den Forschungsbereichen „Versorgungsstruktur“ und „Klientenpräferenz“ stammen des Weiteren Beiträge, die über den direkten Vergleich von Berufsgruppen die Abgrenzungstendenz des Hebammenwesens verdeutlichen. Dabei wird in den Studien der internationalen Forschergemeinschaft zum Forschungsbereich der „Versorgungsstruktur“ der Versuch, das berufsgruppengenuine Arbeitsfeld darzustellen, am deutlichsten. Hierbei handelt es sich um Untersuchungen zu den unterschiedlichen interdisziplinären Betreuungsmodellen der Länder versus der reinen Hebammenbetreuung (z. B. Harvey, Jarrell et al. 1996; McCourt, Page et al. 1998; Shields, Turnbull et al. 1998; Page, McCourt et al. 1999;

Morrell, Spiby et al. 2000; Benjamin, Walsh et al. 2001; Harvey, Rach et al. 2002; Hicks, Spurgeon et al. 2003).

Für die Beiträge aus UK liegt das Interesse an der differenzierten Untersuchung in der Changing Childbirth Initiative der britischen Regierung von 1994 begründet, deren Ziel die Stärkung der Rechte von Frauen in ihrer gesundheitlichen Versorgung ist (vgl. Hicks, Spurgeon et al. 2003 S. 618). Aus dem Forschungsbereich der „Klientenpräferenz“ stammen Studien, die sich mit der Zufriedenheit von Klienten mit der Durchführung von Tätigkeiten des Hebammenwesens im Vergleich zu Ärzten auseinandersetzen. Zu ihnen gehört beispielsweise der Beitrag von Townsend et al. (Townsend, Wolke et al. 2004), der die Abgrenzung des Hebammenhandelns zum ärztlichen Handeln anhand der Zufriedenheit von Müttern mit dem Neugeborenen Screening durch Hebammen versus „Paediatric Senior House Officers“ (Townsend, Wolke et al. 2004) untersucht. Auch die in den länderspezifischen Versorgungssystemen begründeten Veränderungen, die Auswirkung auf die Rolle der Hebammen haben, werden in Studien untersucht und dienen der Beschreibung der Rolle und des Arbeitsfeldes in Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen.

Im Vergleich zur internationalen Recherche wurde kein deutschsprachiger Beitrag identifiziert, der auf Grund des Themenfokus und der angegebenen Studien- und Projektangaben dem Themenbereich „Vergleich Hebammen-Ärzte / Pflege“ direkt zugeordnet werden konnte. Die Projekte implizieren den Vergleich, wie z. B. das Projekt des Forschungsschwerpunktes Maternal Health in Osnabrück zur außerklinischen Geburtshilfe (Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück 2006) oder des Forschungsverbundes Osnabrück zum Hebammenkreißsaal (Forschungsverbund Osnabrück 2007). Die Rechercheergebnisse deuten darauf hin, dass im deutschsprachigen Raum das Interesse der Forschungsgemeinschaft am Thema der Abgrenzung eher von sekundärer Natur ist im Gegensatz zur internationalen Scientific Community, die sich unter unterschiedlichen Themenbereichen der Thematik nähert und den Vergleich tendenziell eher mit den Ärzten denn mit der Pflege anstrebt.

1.3. Welche Theorien zum Hebammenwesen gibt es?

Die Frage nach Theorien des Hebammenwesens bezieht sich auf die theoriegeleitete Beschreibung des Hebammenhandelns im Kontext der Profession und meint, analog zur Pflege formuliert, Theorien, die das Wesen des Hebammenwesens beschreiben. Die Recherche begründet sich vor dem Hintergrund der Frage nach der Existenz solcher Theorien, die der Klärung von Phänomenen und der Herstellung kausaler Zusammenhänge und so als Grundlage der Interpretation von wissenschaftlichen Untersuchungen dienen. Die Theoriediskussion in der Pflegewissenschaft verweist auf die Passungs-Problematik einer „Einheitstheorie“ in Form einer Grand Theory bzw. von Theorien, die aus anderen Disziplinen stammend, in der Pflege Verwendung finden (Moers and Schaeffer 2006). Die Recherche bezieht sich daher auf die Suche nach theoretischen Beschreibungen unterschiedlicher Reichweiten (vgl. Lauber 2001 S. 108 f) aus dem Bereich des Hebammenwesen. Dabei wird von vorn herein darauf verzichtet, die Suche auf Theorietypen zu beschränken, deren Entwicklung bzw. Prüfung empirisch gestützt ist. Der Frage nach den theoretischen Vorüberlegungen von Forschungsaktivität wird, als weitere Dimension der theoretischen Grundlegungen der Hebammenwissenschaft, in der Forschungsfrage 2.1.1 nachgegangen.

Mit nur wenigen identifizierten Treffern der aktuellen internationalen Recherche zur Fragestellung der Theorien im Hebammenwesen scheint sich die Annahme von Thompson aus dem Jahr 1986 (Thompson 1986) sowie Downe aus dem Jahr 2000 (Downe 2000) von der Theoriearmut des Hebammenwesens zu bestätigen. Während Thompson bereits 1986 auf Grund ihrer Untersuchungsergebnisse zur US-amerikanischen Forschungslandschaft (von 1969 bis 1984) für eine Erweiterung des Forschungsspektrums der Hebammenforschung um den Aspekt der Theoriebildung plädierte (vgl. Thompson 1986 S. 159), greift Downe die Problematik erneut in ihrem Vorschlag für eine neue Forschungsagenda des Hebammenwesens im Jahr 2000 auf (Downe 2000).

Der Mangel an entsprechenden Literaturtreffern in der Cochrane-Recherche erklärt sich über den Gegenstandsbereich der Cochrane-

Datenbanken und ihrer Ausrichtung auf zumeist klinische Fragestellungen. Im Verlauf der PubMed -Recherche konnte dagegen eine Anzahl von Beiträgen identifiziert werden, die als Vorstufe der Theorieentwicklung verstanden werden können. Da es sich jedoch um keine eigenen Theorien des Hebammenwesens handelt, wurden sie von der weiteren Bearbeitung ausgeschlossen. Sie sollen jedoch der Vollständigkeit halber Nennung finden, da sie als Vorstufen der Theorieentwicklung von Bedeutung für die zukünftige Theorieentwicklung sein können. Zu ihnen gehört die phänomenologische Studie von Woodward (Woodward 2000), die mittels ethnographischer Feldarbeit die „Caring“-Konzept-Interpretationen von Hebammen untersucht. Die Autorin weist ebenso wie Nolte und Morten et al. (Morten, Kohl et al. 1991; Nolte 1995) auf die Problematik fehlender formaler Theorien im Hebammenwesen hin und differenziert die Problematik im Hinblick auf die Verhinderung der Reflexion und Evaluation von Versorgungszielen. Ebenso als Vorstufen der Theorieentwicklung werden die Beiträge von McLoughlin, Matthews und Scott sowie Surtees (McLoughlin 1997; Matthews and Scott 2008; Surtees 2008) verstanden. Während Matthews und Scott (Matthews and Scott 2008) unterschiedliche Power-Konzepte beleuchten und diese auf das Hebammenhandeln übertragen, nähert sich Surtees (Surtees 2008) mit Hilfe der Foucault'schen Diskursanalyse dem Wissen von Hebammen und dessen Bedeutung für die betreuten Frauen. McLoughlin (McLoughlin 1997) beleuchtet dagegen die Verlinkung feministischer Theorien mit der Hebammenpraxis und Ausbildung. Basierend auf den Werten und Konstrukten der Disziplin Pflege, formuliert die Autorin Dickson, Midwifery Student und B. App. Sc. (Nursing), in ihrem Beitrag (Dickson 1996) einen Ansatz einer „Theory of Caring for the practice of midwifery“ (Dickson 1996 S. 20). Hierzu beleuchtet die Autorin unterschiedliche „Caring“ Konzepte und beschreibt ihre Bedeutung für die Entwicklung einer Theorie für die praktische Arbeit im Hebammenwesen. Dickson formuliert des Weiteren physische, psychologische, kulturelle, soziale und spirituelle Faktoren der Hebammentätigkeit, auf denen eine zu formulierende Theorie basieren könnte, um „a more human and natural environment“ (Dickson 1996 S. 23) in der Versorgung der Frauen anbieten zu können.

Zur Literatur, die sich mit bestehenden Theorien auseinandersetzt, gehören die Beiträge von Parratt und Fahy (Parratt and Fahy 2011), Hunter aus dem Jahr 2002 (Hunter 2002) sowie von Nickel et al. (Nickel, Gesse et al. 1992). Die Vorstellung des hebammenspezifischen Konzeptes „Being with Women“ von Hunter konnte mit Hilfe der PubMed-Recherche identifiziert werden und liefert zudem eine Übersicht des 15-jährigen Theoriebildungsprozess im Hebammenwesen bis 2002 (vgl. Hunter 2002 S. 651). Die Autorin skizziert in Kürze die von Thompson et al. 1989 vorgestellte Theorie mittlerer Reichweite zum Versorgungsprozess sowie Lehrmann's theoretisches Rahmenwerk zur intrapartum Versorgung und dessen Konzept „positive presence“ aus dem Jahr 1988. Zudem erfolgt der Verweis auf den von Kennedy 1995 generierten Ansatz der Hebammenversorgung in Form des „...provides care with women not to women“ (Hunter 2002 S. 651-652). Der einzige in der MIDIRS-Recherche zur Theoriebildung im Hebammenwesen als relevant eingestufte Beitrag stammt von Parratt und Fahy (Parratt and Fahy 2011). Die Autorinnen nutzen einen feministischen Ansatz, um die Brauchbarkeit der von Rubin und Mercer formulierten Theorie des „Transition to motherhood“ für eine frauenzentrierte Versorgung zu untersuchen. Sie verstehen die genannte Theorie als ein Produkt seiner Zeit, das von der humanistischen Philosophie und dem quantitativen, reduktionistischen Forschungsparadigma des 20sten Jahrhunderts bestimmt ist. Die Zentrierung der Theorie auf das Neugeborene anstatt auf die Mutter bedarf lt. Autorinnen des Überdenkens im Hinblick auf den Einsatz in der Hebammen-Ausbildung. Aus historischer Sicht ist der Beitrag von Nickel et al. (Nickel, Gesse et al. 1992) von Interesse, da er die in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts von Ernestine Wiedenbach formulierte „Family centered Maternity nursing“ Theorie beschreibt. Die für die Ausbildung im Gesundheitswesen in den USA entwickelte Theorie der deutschstämmigen Hebamme, basiert auf der von ihr formulierten Theorie zu „Family centered Maternity nursing“, einem Konzept, das die Elemente der Praxisdisziplin mit den Elementen der Ausbildung verknüpft.

Insgesamt liefert die internationale Recherche nur drei Primär-Publikationen zur Theoriebildung im Hebammenwesen. Eine erste Theorie

findet sich in der PubMed-Recherche mit dem Beitrag von Thompson et al. aus dem Jahr 1989 (Thompson, Oakley et al. 1989). Er beschreibt den Entwicklungsprozess einer Theorie mittlerer Reichweite zum Hebammenwesen in den USA anhand von Konzepten und Indikatoren. Basierend auf der Annahme, dass der Gesundheitszustand des Einzelnen mehr ist, als das Ergebnis einzelner Faktoren, wie beispielsweise sozioökonomischer Status, Bildungsstand und Habitus, unternimmt die Theorie den Versuch der Beschreibung, in welcher Art und Weise Nurse-Midwives durch ihr Tätigwerden Einfluss auf die Gesundheit des Einzelnen nehmen. Die theoretische Beschreibung des Hebammenhandelns erfolgt anhand von Konzepten (z.B. „Sicherheit“), unter Hinzuziehung entsprechender Begriffe (z.B. „frühzeitige Entlassung“) und Indikatoren (z.B. „körperliche Untersuchungsergebnisse“). Die Theorie dient damit der Prozessbeschreibung der Hebammentätigkeit und gleichzeitig als Grundlage für die Ergebniserfassung des Versorgungsprozesses (vgl. Thompson, Oakley et al. 1989 S.121). Die aus Australien stammende Theorie „Early Motherhood“ (Rogan, Shmied et al. 1997) konzentriert sich auf die Beschreibung des Prozesses der „Mutterwerdung“ und basiert auf Untersuchungen zu Mutterschaftserfahrungen von Erstgebärenden. Methodologisch der Grounded Theory folgend, erfolgt die Prozessbeschreibung anhand der Kernkategorie „Becoming a mother“ und der sechs Kategorien „realising“, „readiness“, „drained“, „aloneness“, „loss“ und „working it out“. Die CINAHL Recherche liefert einen einzigen Treffer in Bezug auf Theorien des Hebammenwesens (Halldorsdottir and Karlsdottir 2011). Es handelt sich um einen Beitrag aus Island, dessen Autoren den Theoriebegriff als Rahmenwerk für die Praxis definieren, der u. a. Ziele und Werte der Profession artikuliert. Darauf aufbauend entwickeln Halldorsdottir und Karlsdottir eine Theorie für das Hebammenwesen, deren zentraler Begriff der Professionalität ist. Bei den entwicklungsleitenden Hauptaspekten ihrer „Evolving theory on the empowerment of childbearing women“ handelt es sich um „Professional caring“, „Professional competence“, „Professional wisdom“, „Interpersonal competence“ und „Personal and professional development of the midwife“ (vgl. Halldorsdottir and Karlsdottir 2011 S. 806, 810-811).

Der Mangel an internationalen Beiträgen, die sich mit Theorien des Hebammenwesens auseinandersetzen, zeigt sich auch im deutschsprachigen Forschungsbereich. Mit Fokus auf die Themengebiete „Hebammenwissenschaft“ und „Hebammenforschung“ können keine Erkenntnisse bzgl. einer theoriegeleiteten Beschreibung des Hebammenwesens gewonnen werden. Die Untersuchung von Publikationslisten und Forschungsprojektbeschreibungen sogenannter Hebammenforschungsstandorte zeigt auf, dass deutschsprachige Forscherinnen sich derzeit nicht mit der Theoriebildung im Hebammenwesen auseinandersetzen, sondern stattdessen die Untersuchung des Handlungsfeldes von Hebammen mit Konzentration auf die Forschungsbereiche „Versorgungsstruktur“ und „Versorgungsorganisation“ fokussieren.

2. Lassen sich Hinweise auf die Konstitution einer Hebammenwissenschaft finden?

2.1. Wie wird national und international Hebammenwissenschaft definiert?

In ihrer Einführung der deutschsprachigen Ausgabe des Buches „Hebammenforschung“ spricht zu Sayn-Wittgenstein von der Hebammenwissenschaft als „...einer Wissenschaft, die als besonderen Gegenstand das Hebammenwesen hat,...“ (vgl. Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003 S. 16), während Dörpinghaus und Schröter in ihrem Beitrag, der nicht unter die Einschlusskriterien des Reviews fällt, die Hebammenwissenschaft definieren als „...eine wissenschaftliche Grundlegung des praktischen Handelns...“ (Dörpinghaus and Schröter 2005 S. 207). Darüber hinaus lässt die Untersuchung der deutschsprachigen Wissensbestände eine dezidierte Beschreibung zum Verständnis der Hebammenwissenschaft von Seiten der am wissenschaftlichen Diskurs beteiligten Akteure vermissen, obwohl der Begriff in der Community als gesetzt gelten kann. Die am Rande geführte Auseinandersetzung mit den linguistischen Aspekten des Begriffs erfolgt inhaltlich analog der geführten Diskussion zur Bezeichnung der Pflegewissenschaft (Dörpinghaus and Schröter 2005), ohne von der Community weitere Vertiefung zu erfahren. Der Begriff „Hebammenwissenschaft“ wird gleichgesetzt mit Forschungsaktivität, wie es der historische Überblick der MH-Hannover unterstreicht, der den Beginn der Hebammenwissenschaft in Deutschland mit dem Beginn von Forschungsdurchführungen gleichsetzt, die ihren Ausgang mit dem I. EbM Workshop 1989 nehmen. Die 2008 gegründete Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) konzentriert sich auf die Förderung des hebammenwissenschaftlichen Diskurses und die Unterstützung „hebammenwissenschaftlicher Forschung, Lehre und Praxis“ (www.dghwi.de/ Zugriff 14.12.2012). Weder die von Seiten der DGHWi als deutschsprachige Forschungsstandorte deklarierten Hochschulen, noch die DGHWi selbst, legen ihr Verständnis der Hebammenwissenschaft dar.

Ebenso wie im deutschsprachigen Raum zeigt sich mit Überprüfung der internationalen Literatur keine dezidierte Definition der Hebammenwissenschaft. Die Scientific Community richtet ihren Fokus ebenso wie die

deutschsprachige Forschergemeinschaft auf die Hebammen-Forschung. Das ICM Kern-Dokument „Role of the Midwife in Research“ greift die Thematik auf und unterstreicht die Bedeutung der Forschung für das Hebammenwesen, ohne dass der ICM ein Statement zur Hebammenwissenschaft liefert.⁵⁷ Gleich dem ICM verzichtet die WHO auf eine Beschreibung der Hebammenwissenschaft, unterstreicht aber ebenfalls die Bedeutung von Hebammen in der Forschung, die darauf ausgerichtet sein soll, die Praxis zum Nutzen von Frauen und ihrer Familien zu optimieren (WHO Studygroup 1994 S. 15). Die Untersuchung der Literatur zeigt auf, dass die Hebammenforschung den Anforderungen des Gesundheitssystems an die Erbringung professioneller Hebammen-Leistungen durch Evaluation des Praxisfeldes nachkommt (vgl. Fullerton and Wingard 1990), wobei der klinisch tätigen Hebamme in der Forschung eine große Bedeutung für die sich entwickelnde Hebammenwissenschaft zugesprochen wird (vgl. Beal 1992 S.214). Die Literaturrecherche verdeutlicht zudem, dass der Gegenstand der Hebammenforschung, den Anforderungen aus den Reihen der eigenen Berufsgruppe entsprechend (Renfrew, Raisler et al. 2003), um die Untersuchung der Belange von Hebammen erweitert wird (z. B. in Form der Themenbereiche „Ausbildungsforschung“, „Einstellungen und Haltungen von Hebammen“ usw.).

Einzig dem Beitrag von Nolte aus dem Jahr 1995 konnte eine Definition zur Hebammenwissenschaft entnommen werden. Als „Science of caring in midwifery“ beschrieben, erfolgt im Beitrag die Definition analog des Verständnisses des „Concise Oxford Dictionary“ zur Wissenschaft:

„Science is the organized body of knowledge that has accumulated on a subject whereas art is the skill applied and exercised to bring something forth. The practice of the Science of caring in midwifery draws on basic knowledge and on an understanding of how people feel and behave during the childbearing phase....”

(Nolte 1995 S.50)

⁵⁷ Der DHV, als Mitglied des ICM, stellt seinen Mitgliedern die Übersetzung der ICM Kerndokumente auf den Internetseiten des Verbandes zur Verfügung, verzichtet jedoch auf die Bereitstellung einer Übersetzung des genannten Dokuments.

Die Betrachtung der Rechercheergebnisse legt nahe, dass weder international noch im deutschsprachigen Forschungsraum der Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft Thema des wissenschaftlichen Diskurses ist. Die Hebammenwissenschaft wird von Seiten der Community als existent angenommen und erklärt sich über den Forschungsvollzug von Hebammen zum Handlungsfeld von Hebammen unter der Perspektive von Frauen – und Familiengesundheit sowie in zunehmendem Maße zur Berufsgruppe. Forschung wird dabei als wichtige Voraussetzung für die Professionalisierung der Hebammenarbeit verstanden.

2.1.1. Auf welche theoretischen Grundlegungen greift die Scientific Community in der Definition einer Hebammenwissenschaft zurück?

Die Frage nach der theoretischen Grundlegung der Hebammenwissenschaft bezieht sich auf Angaben der Scientific Community zur Strukturierung der Erkenntnisprozesse zur Erforschung des wissenschaftsspezifischen Gegenstandes sowie zur Problemlösungs-Legitimation durch die Wissenschaft (vgl. Weingart 2003 S. 43). Im Verständnis von Kuhn sind sie Voraussetzung für die wissenschaftliche Handlungsfähigkeit und erlassen dem einzelnen Forscher den erneuten Legitimationszwang durch Darlegung des Begründungsrahmens, (vgl. Abschnitt 3.2). Wie bereits unter der Forschungsfrage 2.1 dargelegt und im Rechercheverlauf beschrieben, zeigen die Rechercheergebnisse das Fehlen einer Definition der Hebammenwissenschaft von Seiten der Scientific Community auf. Den Beiträgen ist keine Beschreibung eines theoretischen Rahmens, der für die Hebammenwissenschaft leitend ist, dargelegt. Forschung geschieht ohne Explikation einer hebammenwissenschaftlichen „Theorie des wissenschaftlichen Vorgehens“. Der Hinweis der DGHWi auf ihr Ziel der Unterstützung des „...wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin“ unter Gewährleistung des „...wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus ...“(vgl. www.dghwi.de/ Zugriff 18.01.2011) kann als Hinweis auf Überlegungen zur theoretischen Grundlegung der Hebammenwissenschaft verstanden

werden, die jedoch keine weitere Ausführung erfahren. Als Vorstufen einer „Theorie des wissenschaftlichen Vorgehens“ werden die methodologischen Betrachtungen gewertet, die sich mit Phänomenologie, Grounded Theory sowie feministischen Theorien im Zusammenhang mit der Erforschung des Hebammenwesens und seiner Arbeitsfelder beschäftigen. Über die Untersuchung der Merkmale der Forschungsliteratur werden sich im weiteren Verlauf dieser Arbeit Aussagen erhofft, die Hinweise auf die Ausrichtung eines, zumindest implizit, hinterlegten theoretischen Wissenschaftsverständnisses geben, wie Kuhn es in seinem Modell der Wissenschaftsentwicklung beschreibt.

1.1. Lassen sich anhand der Forschungslandschaft Aussagen zum Stand der Hebammenwissenschaft ableiten?

1.1.1. Was sind Merkmale der Forschungsliteratur?

Die Untersuchung der Merkmale der Forschungsliteratur geschieht vor dem Hintergrund, Aussagen zum Entwicklungsstand der Hebammenwissenschaft über das wissenschaftliche Handeln der Forschergruppe zu erhalten. Der Auswertung zugeführt werden dabei Kriterien, die mehrdimensional miteinander in Verbindung stehen, so dass in der folgenden Darlegung die Beantwortung der in dritter Ebene stehenden Forschungsfragen in der aufgeführten Reihenfolge nicht immer stringent eingehalten werden können:

- Welche Evidenzart dominiert die Forschungslandschaft?
- Welche Forschungsansätze herrschen national und international in der Forschungslandschaft vor?
- Welche Studientypen herrschen national und international in der Hebammenforschungslandschaft vor?
- Lassen sich thematische Präferenzen ableiten?
- Wie setzt sich die Forschergruppe zusammen?
- Wer sind Initiatoren, Auftraggeber und Finanziere der Forschung?
- Welche Forschergruppe dominiert die Forschung?
 - Welche Beiträge zur Methodenentwicklung im Hebammenforschungsbereich sind veröffentlicht und welche werden eingesetzt?

Die Darstellung der umgewandelten Daten in prozentuale oder effektive Zahlen ist der besseren graphischen Lesbarkeit der Aussagen geschuldet. Aussagen zur deutschsprachigen Wissenschaftskommunikation geschehen unter Vorbehalt auf Grund der im Vergleich zur internationalen Recherche

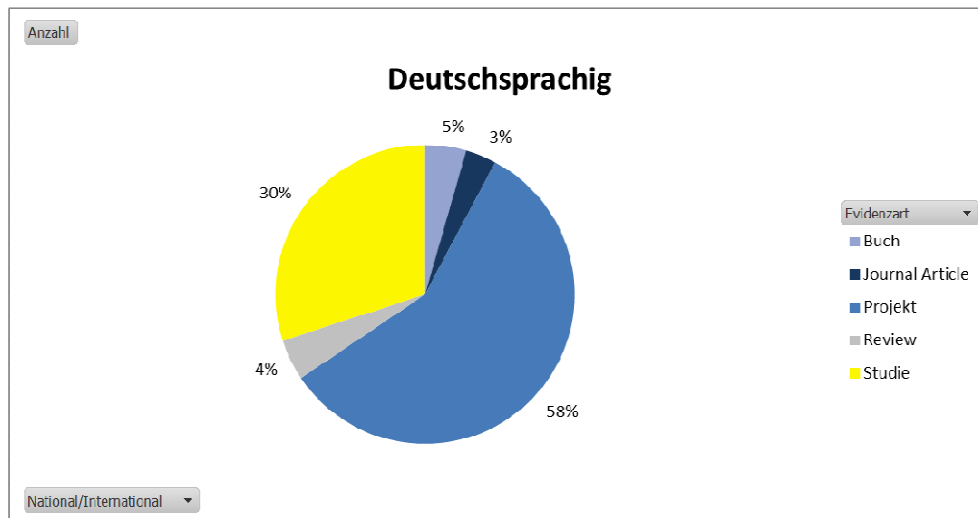
geringen Trefferzahl von $n = 90$ im deutschsprachigen Raum versus $n = 251$ im internationalen Raum. Zahlenabweichungen in den Grafiken von den genannten Angaben sind den zu betrachtenden und auswertbaren Kriterien geschuldet.

Welche Evidenzart dominiert die Forschungslandschaft?

Um eine grundsätzliche Einschätzung der Güte der gefundenen Literatur vornehmen zu können, erfolgte für die Erstellung des Reviewprotokolls die Festschreibung eines Taxonomieschemas, das anhand der Typologie der vorgefundenen Kommunikation eine Ordnung vornimmt. Dies wurde begründet mit dem Interesse an der Art der Kommunikation der Forschergemeinschaft und nicht an der internen Validität publizierter Wissensbestände.⁵⁸

⁵⁸ In der Methodendiskussion wird das Thema der internen Validität in Verbindung nach der Frage nach der Reife der Wissenschaft erneut aufgenommen. Dies geschieht, um auf die Brisanz der Frage nach der Validität von Studien hinzuweisen, die ihren Ausgang in der Qualität der Aufbereitung des vorhandenen Wissens der Scientific Community nimmt. In der Medizin existieren erste Stellungnahmen, die die Methodik durchgeführter Studien kritisch betrachten und Studienergebnisse auf Grund der mangelhaften Einbeziehung von vorhandenem Wissen aus vergangenen Studien in RCTs kritisieren und Forschungsergebnisse damit in Frage stellen. Vgl. Robinson, K. A. and S. N. Goodman (2011). "A Systematic Examination of the Citation of Prior Research in Reports of Randomized, Controlled Trials." Annals of Internal Medicine **154**(1): 50-55.

Abbildung 19 Evidenzarten: deutschsprachig
(n = 90)



Quelle: Eigene Darstellung

Für die deutschsprachige Forschungslandschaft (n=90) zeigt sich mit 58 % die Dominanz der Evidenzart „Projekt“ (vgl. Abbildung 19).⁵⁹ Es handelt sich um 51 Forschungsbeiträge, die als Projekt von Seiten der Forschungsstandorte gekennzeichnet sind, sowie um den Beitrag von Monika Zoege zum „Hebammenprojekt Emsland“ (Zoege 1993), der von der niedersächsischen Regierung in Auftrag gegeben wurde. In die Analyse einbezogen wurden alle von Seiten der Standorte aufgeführten Projekte, unabhängig davon, ob Angaben zu Beginn oder Ende des Projektverlaufs den Internetpräsenzen oder der im Anschluss durchgeführten Handrecherche zu entnehmen sind. Zu den Projekten, denen keine Angaben zum Projektstart zugeordnet werden konnten, gehören beispielsweise das Teilprojekt E: „Interdisziplinärer Wissenstransfer“ des Forschungsverbundes Osnabrück sowie die im Folgenden aufgeführten Projekte des Forschungsschwerpunkts Maternal and Child: „Fokus Frühe Ernährung“, „COST-Network ISO 907“, „Verlauf und Erleben unkomplizierter Schwangerschaft und Geburt bei Erstgebärenden in acht

⁵⁹ Die Bezeichnung „Projekt“ bezieht sich lt. Definition der DIN Normenreihe DIN 69901 zum Projektmanagement auf ein zeitlich befristetes Vorhaben, dessen Zielvorgaben neben der zeitlichen auch die finanzielle und personelle Begrenzung vornimmt. Im Regelfall handelt es sich um sogenannte durch „Drittmittel-finanzierte Forschungsprojekte“, die nicht aus Eigenmitteln der Institutionen finanziert werden, sondern durch Fördergelder. Vgl. <http://www.uni-duesseldorf.de/muendlichkeit/Projekt-Netz/DIN.htm> (Zugriff 05.12.2012). Projektdefinition.

europäischen Ländern“, „Mütter nach Frühgeburt: Welche Rolle spielen Scham, Schuld und persönliche Ressourcen für ihr psychisches Wohlbefinden?“ sowie „Konzepte der klinischen Versorgung im Wochenbett“.

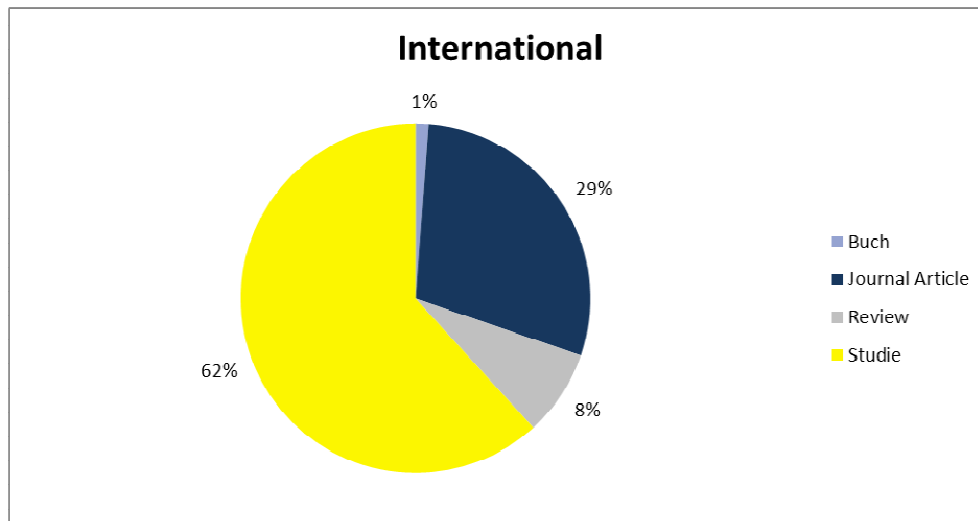
Während Bücher, Reviews und Fachartikel in der Kommunikation der Forscher eher einen untergeordneten Status in der deutschsprachigen Forschungslandschaft einnehmen, sind mit 30 % der Beiträge „Studien“ (27) als zweitstärkste Evidenzart vertreten (vgl. Abbildung 19). Bei ihnen handelt es sich, entsprechend der Einsortierung der Kommunikationstypologien in das Taxonomieschema (vgl. Abschnitt 8.1.3), um Veröffentlichungen, die neben der Beschreibung der Studiendurchführung auch Ergebnispräsentationen bereithalten.

Die Betrachtung der Autorengruppe zeigt auf, dass sich insgesamt 24 Personen als Erstautoren von Publikationen⁶⁰ (n=42) verantwortlich zeigen. Von ihnen liefert die Autorin Mechthild Gross von der MH-Hannover mit zehn Beiträgen als Erstautor die meisten Beiträge. Mit 23 Beiträgen verzeichnet sich als Institution der Forschungsschwerpunkt Maternal Health vor dem Forschungsverbund Osnabrück mit 14, der MH-Hannover mit fünf sowie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) mit sechs Beiträgen für die Autorenschaft verantwortlich. Da auf Grund unvollständiger Projektangaben nicht für jedes Projekt eruierbar ist, inwieweit die Planung in Forschungsvorhaben umgesetzt wurde, ist ein Vergleich der Forschungsaktivität der Standorte untereinander anhand der aufgeführten Projekte nicht zielführend.

Im internationalen Vergleich (vgl. Abbildung 20) wird die Forschungskommunikation dominiert von den beiden Evidenzarten „Studie“ und „Fachartikel“, während keine Beiträge mit der Kennzeichnung „Projekte“ zu finden sind. Mit Forschungsergebnispublikationen von 62% in Form von „Studien“ und Fachbeiträgen in Form von Journal Article von 29%, zeigt sich das Maß von publizierten Forschungsaktivitäten im Vergleich zu Diskussionsbeiträgen innerhalb der Scientific Community.

⁶⁰ Die Angabe (n = 42) bezieht sich auf Publikationen, denen die Autorenschaft mindestens einer Person zugeordnet werden konnte. Demzufolge fallen Publikationen, die nur einer Institution, wie beispielsweise den Forschungsstandorten, zugeordnet werden können, nicht unter die Rechnung.

Abbildung 20 Evidenzarten: international
(n = 251)

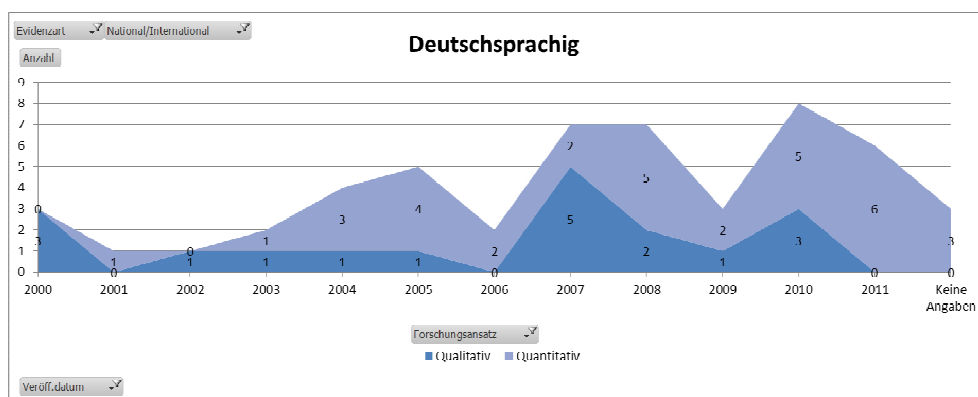


Quelle: Eigene Darstellung

Welche Forschungsansätze herrschen national und international in der Forschungslandschaft vor?

Abbildung 21 Zeitliche Veränderung der deutschsprachigen Forschungslandschaft: Evidenzart / Forschungsansatz

(Evidenzart: Projekt und Studie n = 52; Unberücksichtigt: „quantitativ / qualitativ“ und „keine Angaben“ in Bezug auf die Evidenzart)



Quelle: Eigene Darstellung

Auf Basis der aus den Reviewbefunden gewonnenen Daten trifft die obige Grafik (Abbildung 21) zu einem Aussagen zum Beginn der systematischen Forschungsaktivität im deutschsprachigen Raum und zeichnet zum anderen einen tendenziellen Verlauf der Nutzung des quantitativen versus

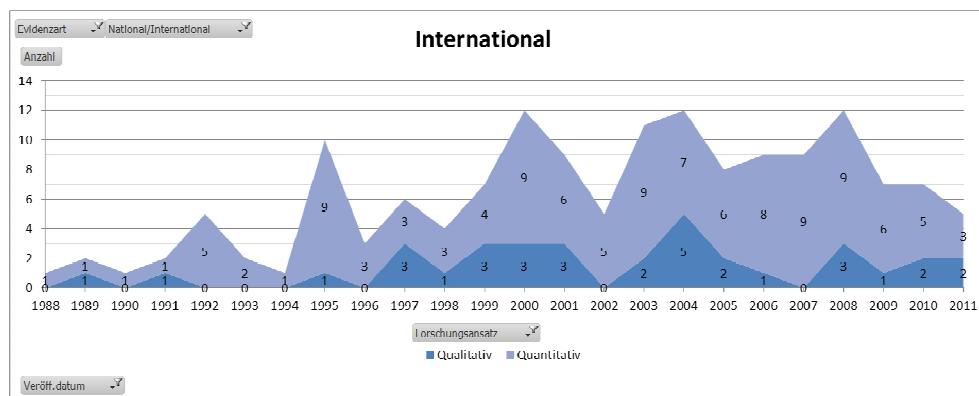
qualitativen Forschungsansatzes (n = 53 von 79 Studien / Projekten) durch die Forschergemeinschaft auf. Studien, die in ihren Angaben den Hinweis auf eine Kombination aus quantitativem und qualitativem Forschungsansatz enthalten, werden auf Grund der besseren Lesbarkeit in der obigen Grafik nicht dargestellt. Es handelt sich hierbei um 9 Beiträge. Weitere 17 Datensätze konnten auf Grund fehlender Angaben zum Forschungsansatz bzw. Publikationsjahr nicht in die Analyse integriert werden, so dass von insgesamt 79 Studien/Projekten der deutschsprachigen Forschergemeinschaft nur 53 Beiträge der Forschungsansatz-Analyse zugeführt werden können. Da eine generalisierte Aussage bei der geringen Datenmenge (n = 53) über den Zeitraum von elf Jahren nur schwer zu erheben ist, bedarf es einer vorsichtigen Interpretation der Ergebnisse. Die Tendenz zeigt jedoch ein Überwiegen des quantitativen vor dem qualitativen Forschungsansatz. Peaks, wie sie 2007 und 2010 auftreten, erklären sich mit dem Ende der beiden Förderphasen der Forschungsverbünde des BMBF. Für 2007 zeigt sich so mit 5 Beiträgen das Überwiegen des qualitativen Forschungsansatzes im Vergleich zum quantitativen mit 2 Beiträgen, der sich über die BMBF Vorgaben zur I. Förderphase, nämlich hypothesengenerierend zu forschen, erklären lässt. Die Vorgabe des BMBF für die II. Förderphase hypothesenprüfend zu forschen, zeigt sich mit Ende der Förderphase 2011 mit einem Anstieg des quantitativen Forschungsansatzes für das genannte Jahr im Vergleich zum qualitativen (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/753.php Zugriff 01.11.2012). Abbildung 21 verzeichnet erste Forschungspublikationen aus dem deutschsprachigen Raum mit dem Jahr 2000. Da die Recherche Treffer, beginnend aus dem Jahr 1840 erfasst (Schmidt 1840), ist anzunehmen, dass existierende Forschungspublikationen vor 2000 ebenso erfasst worden sind. Jedoch werden in der, unter Verwendung der normativ abstrakten Suchbegriffe „Hebammenwissenschaft“ / „Hebammenforschung“, durchgeführten Recherche keine Treffer identifiziert, die den mit Durchführung des I. EbM Workshops beginnenden Forschungszeitraum zwischen 1992 und 2000 abdecken. Die Verwendung des Begriffs der „grass-root Level Forschung“ (Cluett, Sayn-Wittgenstein et al. 2003 S. 16) steht dabei für die ersten Anstrengungen der Berufsgruppe im wissenschaftlichen Arbeiten, die in der vorliegenden Recherche nicht abgebildet werden. Die geringe Datenmenge lässt keine valide Aussage

zum Verhältnis von Individualforschung und Forschungsverbünden zu. Ein Aspekt, dessen Betrachtung in den nächsten Jahren an Bedeutung gewinnen wird in der Diskussion um den Einfluss von „Forschungseliten“ auf die junge Wissenschaft.

Zum Vergleich mit dem deutschsprachigen Raum bildet Abbildung 22 für den internationalen Sprachraum die beiden unterschiedlichen Forschungsansätze in Bezug zur Zeitschiene ab.

Abbildung 22 Zeitliche Veränderung der internationalen Forschungslandschaft: Evidenzart/Forschungsansatz

(Evidenzart Projekt und Studie n = 150 ; Unberücksichtigt: „quantitativ / qualitativ“)



Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt deckt die Abbildung 22 einen Zeitraum von 31 Jahren ab und kann mit n = 150 Publikationen als gehaltvoller und damit aussagekräftiger, als die Grafik zur deutschsprachigen Forschungslandschaft bewertet werden. Ähnlich der deutschsprachigen Publikationslandschaft zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem in vorliegenden Publikationen berichteten Beginn der Forschungsaktivität in den 1950er Jahren (vgl. Biley and Freshwater 1999)⁶¹ und des mit Hilfe der systematischen Recherche

⁶¹ Die Angaben beziehen sich auf die Untersuchung von Biley und Kollegen, die in ihrer Forschungsarbeit von 1999 zu Trends in der Hebammenforschung den Beginn der Ergebnispublikation in den 1950er Jahren eruierten. Vgl. Biley, F. C. and D. Freshwater (1999). "Trends in nursing and midwifery research and the need for change in complementary therapy research." Complementary

eruierten Zeitraums, der seinen Ausgang 1988 nimmt. Die sich in der Grafik (Abbildung 22) abbildenden Peaks in den Jahren 2000, 2004 sowie 2008 lassen sich nicht, wie in der deutschsprachigen Grafik (vgl. Abbildung 21), anhand spezifischer Ereignisse erklären. Die ist begründet in der länderübergreifenden Zusammenfassung der Beiträge. Abbildung 22 zeigt jedoch mit 116 quantitativen zu 34 qualitativen Beiträgen die deutliche Tendenz zur Verwendung des quantitativen Forschungsansatzes durch die internationale Scientific Community auf.

Welche Studientypen herrschen national und international in der Hebammenforschungslandschaft vor? (Evidenzart Studie und Projekt)

Die Betrachtung der Aufschlüsselung nach Studientypen im deutschsprachigen / internationalen Vergleich verdeutlicht die Problematik der Auswertung auf Grund fehlender eindeutiger Angaben in deutschsprachigen Publikationen bzw. Angaben, die eine Zuordnung ermöglichen. Es handelt sich hierbei um 33 von 79 Beiträgen die entsprechende Angaben vermissen lassen. Im Vergleich dazu zeigen internationale Beiträge mit nur 9 Publikationen entsprechende Publikationsmängel auf. Diese große Diskrepanz lässt die Betrachtung der deutschsprachigen Forschungslandschaft (Abbildung 23) daher auch nur eingeschränkt zum Vergleich gelten. Deutlich erkennbar ist jedoch mit 53 Studien das Interesse der internationalen Forschergemeinschaft an der Erbringung von Effektnachweisen im Bereich der Hebammenwissenschaft. Mit 117 von 155 Studien dominiert hier der quantitative Forschungsansatz, wobei RCTs am häufigsten vertreten sind.

therapies in nursing & midwifery 5(University of Wales College of Medicine, Cardiff, UK. BILEY@cf.ac.uk).

Abbildung 23 Studientypen deutschsprachiger / internationaler Vergleich

Studientypen	Deutschsprachig	International	Gesamt- ergebnis
Historische Studie	4		4
Grounded Theory	2	5	7
Ethnographische Studie		8	8
Phänomenologische Studie	5	16	21
Quasi- experimentelle Studie	7	19	26
Experimentelle Studie	1	53	54
Nicht-experimentelle Studie	27	45	72
keine Angaben	33	9	42
Gesamtergebnis	79	155	234

Lassen sich thematische Präferenzen ableiten?

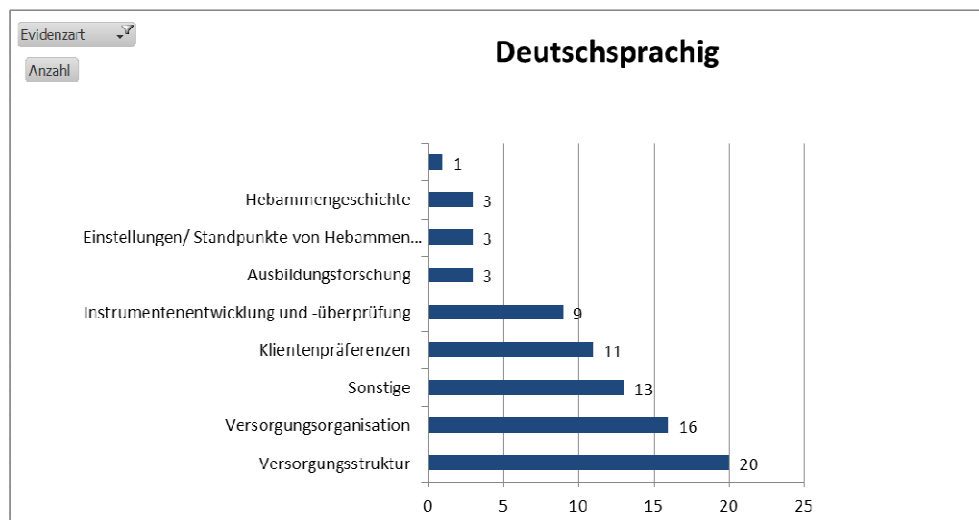
Der Beantwortung der Frage nach den thematischen Präferenzen der deutschsprachigen Forschergemeinschaft in Projekten und Studien wird anhand Abbildung 24 nachgegangen. Die dargestellten Themenbereiche basieren zum Teil auf den Ergebnissen internationaler Untersuchungen zum Thema Hebammenforschung (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003) bzw. wurden im Verlauf der vorliegenden Arbeit um neue Felder ergänzt, die sich anhand der Betrachtung der aktuellen Forschungslandschaft ergeben haben. So konnte beispielsweise das Themenfeld „Hebammengeschichte“ anhand deutschsprachiger Publikationen neu entwickelt werden. Inklusiv des hauptsächlich in Büchern und Fachartikeln vertretenen Themengebiets „Forschungsanleitung“ deckt die deutschsprachige Wissenschaftscommunity mit 10 von 16 identifizierten Themenbereichen ein breites Feld des wissenschaftlichen Interesses ab. Im Vergleich zur internationalen Wissenschaftscommunity publizieren deutschsprachige Autoren hauptsächlich in Büchern zum Themengebiet „Forschungsanleitung“ (Groß and Schlieper 1993; Jäger 1993; Groß 1995), während die Themengebiete „Forschungsspektrum“ und „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“ weder in Buchform noch in Fachjournalen dezidiert aufgegriffen werden.

Bemerkenswert ist, dass, aus den deutschsprachigen Forscherreihen kommend, sich ein erster Beitrag findet, der sich thematisch nicht mit dem

Gegenstand des Hebammenwesens auseinander setzt, sondern Handlungsleitlinien von Medizinern untersucht (Forschungsverbund Osnabrück 2007).

Abbildung 24 Thematische Präferenzen in Studien und Projekten (deutschsprachig)

(Evidenzart: Projekt und Studie, n = 79)

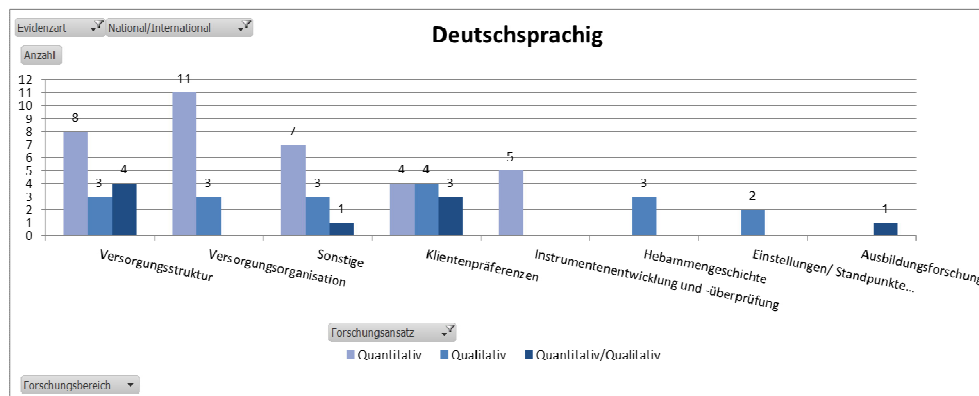


Quelle: Eigene Darstellung

In den Projekten und Studien der deutschsprachigen Forschergemeinschaft zeigt sich deutlich das Interesse an dem Themengebiet „Versorgungsstruktur“, das sich auf die Untersuchung des Settings bezieht. Mit der an zweiter Stelle gesetzten „Versorgungsorganisation“ ist der Fokus auf Abläufe von Versorgungsprozessen, das geburtshilfliche Management sowie auf das Qualitätsmanagement (Raisler 2000) gerichtet. Die Analyse von Projekten und Studien, die entsprechende Angaben liefern (vgl. Abbildung 25), zeigt auf, dass der Bereich der Versorgung in der deutschsprachigen Forschergemeinschaft hauptsächlich anhand des quantitativen Forschungsansatzes untersucht wird. Auf Grund fehlender Publikationsangaben ist derzeit keine aussagekräftige Einschätzung zum Anteil von Effektnachweis-Studien im Bereich von Versorgungsorganisation und –struktur vorzunehmen.

Abbildung 25 Themengebiete deutschsprachiger Forschungsbeiträge in Bezug zum Forschungsansatz

(Evidenzart: Projekt und Studie, n = 62, Unberücksichtigt: „Keine Angaben“)



Quelle: Eigene Darstellung

Der Themenbereich der „Klientenpräferenz“, der an vierter Stelle in der thematischen Präferenz der deutschsprachigen Forschergemeinschaft steht, wird gleichwertig quantitativ wie qualitativ untersucht mit Fokus auf das Arbeitsfeld „Geburt“ (vgl. hierzu auch Tabelle 17). Die Betrachtung der einzelnen Forschungsarbeiten zeigt auf, dass die im internationalen Fokus an dritter und fünfter Stelle stehende Themenbereiche „Hebammenkompetenzen“ sowie „Einstellungen / Haltungen von Hebammen“ (vgl. Abbildung 27) in deutschsprachigen Untersuchungen integriert sind, ohne dass sie den eigentlichen Hauptfokus der Arbeit bilden.

Die Betrachtung der einzelnen Forschungsstandorte im deutschsprachigen Raum verdeutlicht für jeden einzelnen Standort Forschungs-Präferenzen in Bezug auf den Themenbereich sowie den Forschungsansatz (vgl. Tabelle 13, Tabelle 14 und Tabelle 15). So wird zum Zeitpunkt der Analyse im Forschungsschwerpunkt Maternal Health überwiegend quantitativ geforscht (68%). Klientenpräferenzen sind mit 26% das primäre Forschungsthema, gefolgt von der Versorgungsstruktur, während die Instrumentenentwicklung mit 5% im gering relevanten Teil liegt (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13 Themengebiete des Forschungsschwerpunktes Maternal Health in Bezug zum Forschungsansatz

(Projekte und Studien, Maternal Health Osnabrück. n = 19, Unberücksichtigt: „Keine Angaben“ zum Forschungsansatz bzw. „leere“ Felder im Forschungsansatz)

Forschungs- spektrum	Qualitativ	Quantitativ	Quantitativ/ Qualitativ	Gesamt- ergebnis
Sonstige	5,26%	26,32%	0,00%	31,58%
Klientenpräferenzen	5,26%	15,79%	5,26%	26,32%
Versorgungsstruktur	5,26%	10,53%	5,26%	21,05%
Versorgungs- organisation	5,26%	10,53%	0,00%	15,79%
Instrumenten- entwicklung und - überprüfung	0,00%	5,26%	0,00%	5,26%
Gesamtergebnis	21,05%	68,42%	10,53%	100,00%

Im Forschungsverbund Osnabrück überwiegt dagegen die qualitative Forschung. Hauptaugenmerk ist dabei auf die Untersuchung der Versorgungsstruktur gerichtet. Im Vergleich zum Forschungsschwerpunkt Maternal Health wird im Forschungsverbund Osnabrück die Instrumentenentwicklung stärker gewichtet (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14 Themengebiete des Forschungsverbund Osnabrück in Bezug zum Forschungsansatz

(Projekte und Studien, Forschungsverbund Osnabrück. n = 13, Unberücksichtigt: „Keine Angaben“ zum Forschungsansatz bzw. „leere Felder“ im Forschungsansatz)

Forschungs- spektrum	Qualitativ	Quantitativ	Quantitativ/ Qualitativ	Gesamt- ergebnis
Versorgungsstruktur	7,69%	15,38%	7,69%	30,77%
Instrumenten- entwicklung und - überprüfung	0,00%	23,08%	0,00%	23,08%
Versorgungs- organisation	15,38%	0,00%	0,00%	15,38%
Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen	15,38%	0,00%	0,00%	15,38%
Sonstige	7,69%	0,00%	0,00%	7,69%
Klientenpräferenzen	7,69%	0,00%	0,00%	7,69%
Gesamtergebnis	53,85%	38,46%	7,69%	100,00%

Für die MH-Hannover zeigt sich die deutlich untergeordnete Rolle der qualitativen Forschung. Während der Themenbereich der „Versorgungsorganisation“ mit 50% dominiert, bildet die Tabelle ab, dass die „Instrumentenentwicklung“ Thema an der Hochschule ist, wenn auch von untergeordneter Rolle (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15 Themengebiete der MH-Hannover in Bezug zum Forschungsansatz

(Projekte und Studien, MH Hannover. n = 12, Unberücksichtigt: Keine Angaben zum Forschungsansatz bzw. leere Felder im Forschungsansatz)

Forschungs- spektrum	Qualitativ	Quantitativ	Quantitativ/ Qualitativ	Gesamt- ergebnis
Versorgungs- organisation	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%
Klientenpräferenzen	8,33%	8,33%	8,33%	25,00%
Versorgungsstruktur	0,00%	16,67%	0,00%	16,67%
Instrumenten- entwicklung und - überprüfung	0,00%	8,33%	0,00%	8,33%
Gesamtergebnis	8,33%	83,33%	8,33%	100,00%

Die geringe Fallzahl der Forschungsarbeiten mit auswertbaren Angaben (n = 3 von 6 Beiträgen) des Forschungsstandortes der ZHAW (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft) erlaubt keine aussagekräftige Beurteilung. Die drei Arbeiten erforschen den Bereich der „Versorgungsstruktur“. Mit jeweils einem Beitrag sind die Themenbereiche „Instrumentenentwicklung“, „Einstellungen / Standpunkte von Hebammen“ sowie „Versorgungsorganisation“ vertreten.

Tabelle 16 fasst die thematischen Präferenzen der im Verlauf der Recherche identifizierten deutschsprachigen Projekte und Studien in Bezug auf den Forschungsansatz zusammen und zwar unabhängig von den einzelnen Forschungsstandort.

Tabelle 16 Themengebiete aller deutschsprachiger Forschungsbeiträge in Bezug zum Forschungsansatz

(Projekte und Studie, Unberücksichtigt: „Keine Angaben“ zum Forschungsansatz bzw. „leere Felder“ im Forschungsansatz, n = 54, alle deutschsprachigen Standorte)

Forschungs- spektrum	Qualitativ	Quantitativ	Quantitativ/ Qualitativ	Gesamt- ergebnis
Versorgungs- organisation	5,56%	18,52%	0,00%	24,07%
Versorgungsstruktur	5,56%	14,81%	3,70%	24,07%
Klientenpräferenzen	7,41%	7,41%	5,56%	20,37%
Sonstige	5,56%	12,96%	0,00%	18,52%
Instrumenten- entwicklung und - überprüfung	0,00%	9,26%	0,00%	9,26%
Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen	3,70%	0,00%	0,00%	3,70%
Gesamtergebnis	27,78%	62,96%	9,26%	100,00%

Wie zu erwarten, steht die quantitative Forschung auch bei der zusammenfassenden Betrachtung im Vordergrund. Die thematische Ausrichtung auf „Versorgungsorganisation“ und „Versorgungsstruktur“ ist gleichverteilt – beide Themen haben fast ein Viertel der Forschungsbemühungen auf sich gezogen und sind als gleichrangig anzusehen. Mit geringem Abstand danach sind die „Klientenpräferenzen“ mit einem Fünftel aller Forschungen auch noch als sehr relevant einzustufen. Dagegen ist der Fokus auf die „Instrumentenentwicklung“ mit unter 10% in der deutschsprachigen Forschungslandschaft noch als ausbaubar bzw. aktuell nachrangig anzusehen.

Die Zusammenführung von Arbeitsfeldern und Forschungsbereiche bestätigt die Vermutung, dass die deutschsprachigen Forschungsbeiträge die anhand der ICM Kernkompetenzen eruierten Arbeitsfelder der Praxis

abbilden. Das Hauptaugenmerk ist auf Untersuchung der Arbeitsfelder Geburt und Wochenbett gerichtet (Tabelle 17). Nur 7 von 79 Beiträgen können keinem Arbeitsfeld zugeordnet werden.

Tabelle 17 Deutschsprachige Projekte und Studien im Bezug auf die Arbeitsfelder

(n = 79)

Forschungs- spektrum									
Arbeitsfelder	Versorgungsstruktur	Versorgungsorganisation	Sonstige	Klientenpräferenzen Instrumentenentwicklung und –überprüfung	Ausbildungsforschung Einstellungen/Standpunkte von Hebammen	Hebammengeschichte	Vulnerable Frauen	Gesamtergebnis	
Geburt	5	9	3	6	6	3	1	33	
Mütterliche, kindliche Versorgung	10	1	1	1				13	
Wochenbettversorgung der Mutter	4	1	1	3			1	10	
Schwangerenvorsorge	1	3	3	1	1			9	
Sonstige			2		1	2	2	7	
Wochenbettversorgung des Neugeborenen		2	2		1	1		6	
Reproduktive Phase, Familienplanung			1					1	
Gesamtergebnis	20	16	13	11	9	3	3	79	

Darüber, welche Studientypen in der deutschsprachigen Forschung zur Untersuchung der unterschiedlichen Themenbereiche präferiert werden, gibt Tabelle 18 Auskunft. Sie dient des reinen Überblicks der auswertbaren Details aller identifizierten deutschsprachigen Forschungsarbeiten, ohne diese im Einzelnen analysieren zu wollen. Bemerkenswert ist der Sachverhalt, dass nur eine einzige experimentelle Studie im deutschsprachigen Raum als solche gekennzeichnet ist. Obwohl es sich beim Schweizer Hebammenverband um keinen Forschungsstandort lt. DGHWi handelt, wurde er in die Tabelle eingefügt, um die auf den Publikationsseiten des Verbandes aufgeführten Forschungsarbeiten Schweizer

Forscherinnen gebündelt der Auswertung zuführen zu können. Der Vollständigkeit halber findet daher auch die Universität Bielefeld mit einem Beitrag Eingang in die Auswertung der deutschsprachigen Forschungsliteratur. Unter „Individualforschung“ sind die 8 Beiträge der Forscherinnen gesammelt, deren Arbeiten in der Recherche keinen direkten Bezug zu einem der Forschungsstandorte aufzeigen.

Tabelle 18 Überblick über die deutschsprachigen Forschungsarbeiten in Bezug auf Forschungsspektrum / Studientypen

Forschungsstandort	Maternal Health Osnabrück	Forschungsverbund Osnabrück	MH Hannover	Schweizer Hebammenverband	Universität Bielefeld	ZHAW	Individualforschung	Gesamtergebnis
Forschungsspektrum / Studientypen								
Ausbildungsforschung	1	1					1	3
keine Angaben	1	1					1	3
Einstellungen/ Standpunkte von Hebammen		2				1		3
keine Angaben		1				1		2
Quasi- experimentelle Studie		1						1
Instrumentenentwicklung und -überprüfung	1	6	1			1		9
keine Angaben		4				1		5
Nicht-experimentelle Studie	1	1	1					3
Quasi- experimentelle Studie		1						1
Klientenpräferenzen	5	1	3	2				11
Grounded Theory	1							1
keine Angaben	1		1	1				3
Phänomenologische Studie		1	1	1				3
Nicht-experimentelle Studie	3		1					4

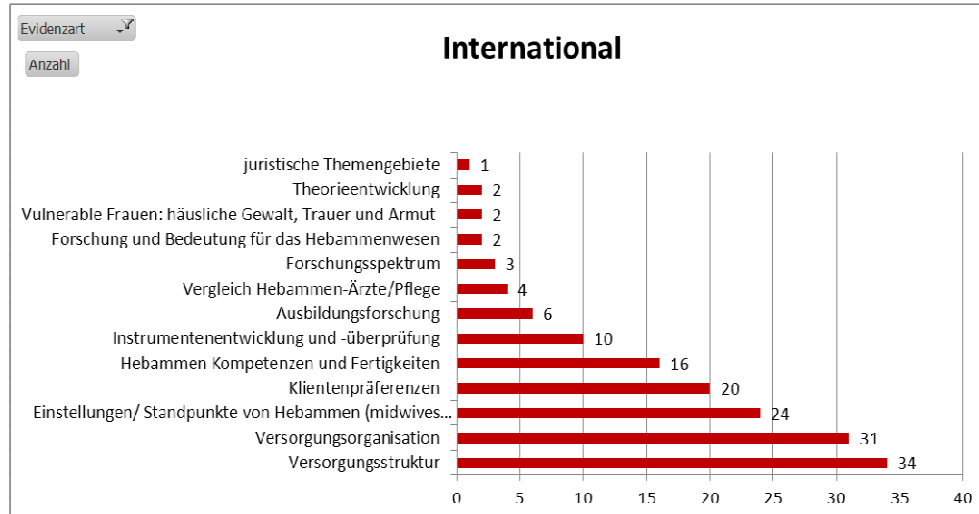
Zuordnung der Befunde des Reviews zu den Forschungsfragen

Forschungs-standort								
Forschungsspektrum / Studientypen	Maternal Health Osnabrück	Forschungsverbund Osnabrück	MH Hannover	Schweizer Hebammenverband	Universität Bielefeld	ZHAW	Individualforschung	Gesamtergebnis
Sonstige	7	1	1	2	1			16
Experimentelle Studie				1				1
keine Angaben	2		1					3
Quasi- experimentelle Studie		1						1
Nicht-experimentelle Studie	4			1				5
Phänomenologische Studie					1			1
Historische Studie	1						3	4
Grounded Theory							1	1
Versorgungsorgani-sation	4	2	6	2		1		16
keine Angaben	1	2				1		4
Nicht-experimentelle Studie	2		6	2			1	11
Quasi- experimentelle Studie	1							1
Versorgungsstruktur	8	5	2			3		20
keine Angaben	5	1				3	2	11
Phänomenologische Studie	1							1
(Leer)		1						1
Nicht-experimentelle Studie	1	1	2					4
Quasi- experimentelle Studie	1	2						3
Vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut	1							1
keine Angaben	1							1
Gesamtergebnis	27	18	13	6	1	6	8	79

Der Beantwortung der Frage nach den thematischen Präferenzen der internationalen Forschergemeinschaft in Studien wird anhand Abbildung 26 nachgegangen. Die Grafik zeigt, dass die Wissenschaftsgemeinschaft in ihren Untersuchungen 13 der insgesamt 16 in der Analyse erhobenen Themengebiete aufgreift und gleich der deutschsprachigen Forschergemeinschaft (vgl. Abbildung 24) ein hohes Interesse an der Untersuchung der Themengebieten der Versorgung hat. Die Anzahl von Untersuchungen zur Berufsgruppe in Form der Themengebiete „Hebammenkompetenzen“ sowie „Einstellungen / Standpunkte von Hebammen“ zeigt im Vergleich das (noch) unterschiedlich gewichtete Forschungsinteresse beider Forschergemeinschaften auf (vgl. Abbildung 24 mit Abbildung 26). Das von den deutschsprachigen Forschern in ihren Studien implizit hinterlegte Interesse an der Berufsgruppe der Hebammen wird in internationalen Untersuchungen explizit fokussiert.

Abbildung 26 Thematische Präferenzen in Studien (international)

(n = 155)



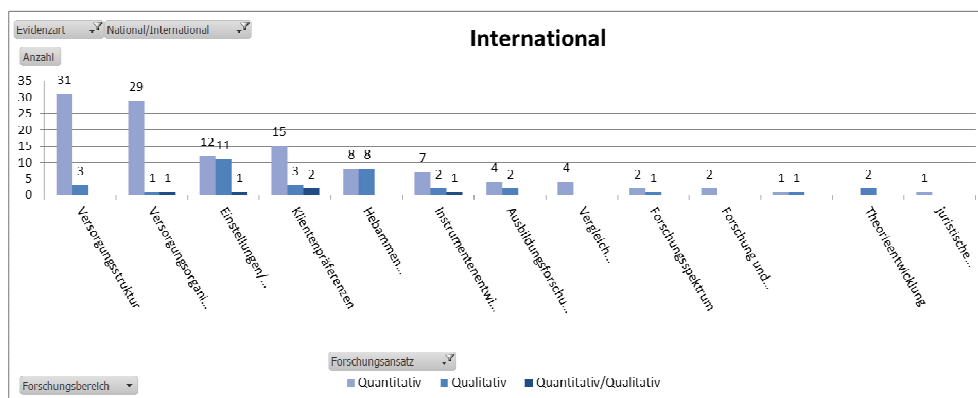
Quelle: Eigene Darstellung

Die mit Hilfe der systematischen Recherche erzeugten Treffer zur „Theorieentwicklung“ (2 Beiträge) sowie Instrumentenentwicklung (10 Beiträge) verweisen auf die Auseinandersetzung der internationalen Scientific Community in ihren Studien mit Fragen, die für die Entwicklung

der Wissenschaft von maßgeblichem Interesse sind (Abbildung 26). Die Untersuchung der Historie des Hebammenwesens findet dagegen in den ab 1988 identifizierten Forschungsbeiträgen keine Beachtung (vgl. hierzu auch Abbildung 29). Gleich den deutschsprachigen Verhältnissen (vgl. Abbildung 25), zeigt die Untersuchung der von der internationalen Forschergemeinschaft präferierten Forschungsansätze zur Untersuchung der Forschungsbereiche, für die „Versorgungsstruktur“ und „Versorgungsorganisation“ eine eindeutige Gewichtung des quantitativen Paradigmas (Abbildung 27). Insgesamt findet dagegen ein kombinierter Forschungsansatz kaum Verwendung.

Abbildung 27 Forschungsansätze in Bezug zu Forschungsbereichen (international)

(Evidenzart: Studien, n = 155)



Quelle: Eigene Darstellung

In der Betrachtung der Studientypen im Zusammenhang mit den Themengebieten fällt im Vergleich zur deutschsprachigen Forschungslandschaft die häufige Verwendung des experimentellen Studiendesigns auf. Tabelle 19 verdeutlicht, dass in internationalen Publikationen Wert darauf gelegt wird, die Forschungsbemühungen eindeutig durch entsprechende Publikationsangaben zu klassifizieren.

Tabelle 19 Studientypen und Themenbereiche (International)

(Projekte und Studien)

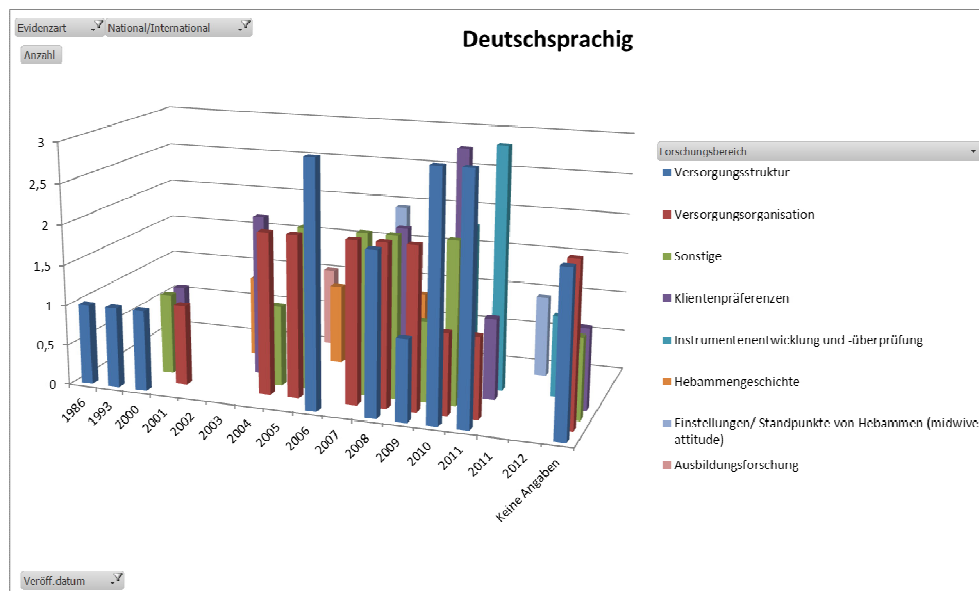
Studientyp									
Forschungsbereich	Experimentelle Studie	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Ethnographische Studie	keine Angaben	Grounded Theory	Fallstudie	Gesamtergebnis
Ausbildungsforschung	2	1	1	1		1			6
Einstellungen / Standpunkte von Hebammen	4	5	3	6	3	1	2		24
Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen			2						2
Forschungsspektrum Hebammen		2				1			3
Kompetenzen und Fertigkeiten	3	4	1	5	1		1	1	16
Instrumentenentwicklung und -überprüfung		7		1		2			10
juristische Themengebiete		1							1
Klientenpräferenzen	9	5	2	1	1	1	1		20
Theorieentwicklung				1			1		2
Vergleich Hebammen-Ärzte / Pflege	2	2							4
Versorgungsorganisation	14	11	4	1		1			31
Versorgungsstruktur	19	6	6		2			1	34
Vulnerable Frauen: häusliche Gewalt, Trauer und Armut		1			1				2
Gesamtergebnis	53	45	19	16	8	7	5	2	155

Während für den deutschsprachigen Bereich das Auftreten thematischer Präferenzen, wie die Themenbereiche „Instrumentenentwicklung“ und „Versorgungsstruktur“ (vgl. Abbildung 28), eine zeitliche Übereinstimmung mit dem Ende der II. Förderphase des BMBF 2011 aufzeigt, ist eine

ähnliche Bezugnahme für den internationalen Raum nicht möglich. Abbildung 29 dient daher nur zur reinen Darstellung der thematischen Präferenzen im zeitlichen Verlauf der internationalen Hebammenforschung. Das gehäufte Auftreten spezifischer Themengebiete in den einzelnen Jahren im internationalen Verlauf bedürfte einer weiterführenden Analyse in Bezug auf länderspezifische Ereignisse. Da dies als nicht grundlegend in der Beantwortung der Fragestellung zum Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft gesehen wird, wird auf eine weiterführende Analyse an dieser Stelle verzichtet.

Abbildung 28 Zeitliche Entwicklung der thematischen Präferenzen (deutschsprachig)

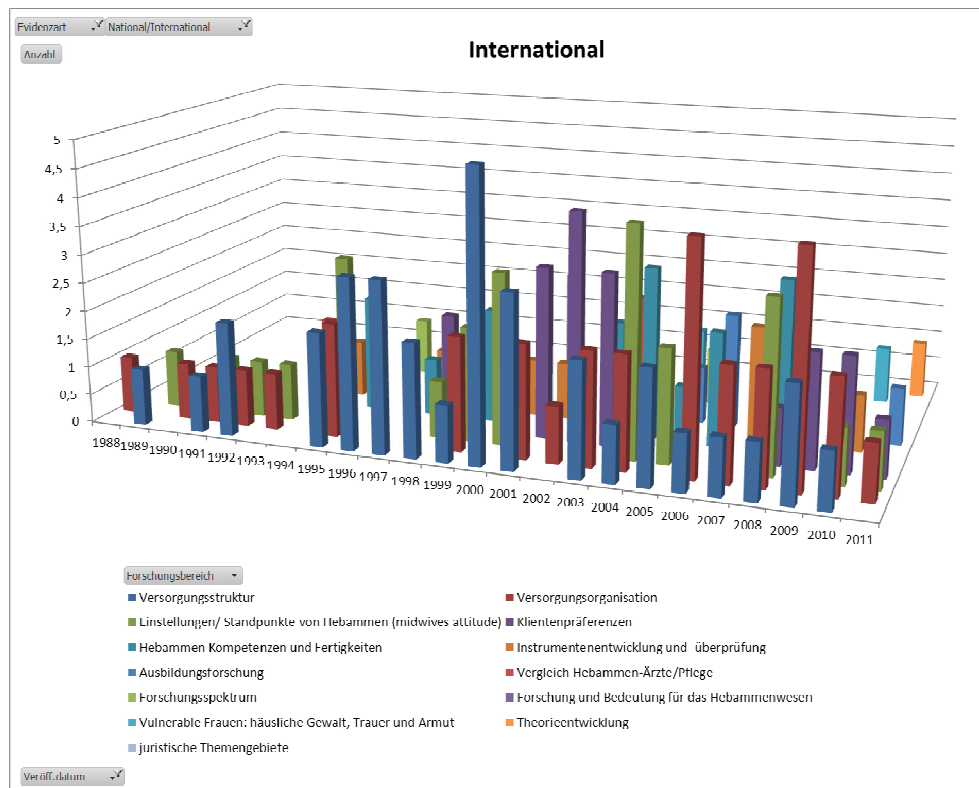
(Evidenzart: Studien und Projekte, n = 79)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 29 Zeitliche Entwicklung der thematischen Präferenzen (international)

Evidenzart: Studien, n = 155)



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 30 zeigt noch einmal die von der internationalen Wissenschaftsgemeinschaft bearbeiteten 14 Themengebiete auf. Die Grafik wurde aufgenommen, um zu verdeutlichen, dass die internationale wissenschaftliche Community sich im Gegensatz zur deutschsprachigen Forschergemeinschaft mit ihrem wissenschaftlichen Vorgehen in Fachjournals auseinander setzt und dieses Wissen so einem breiten Publikum zur Verfügung stellt.⁶² Die Themenbereiche „Forschungsanleitung“,

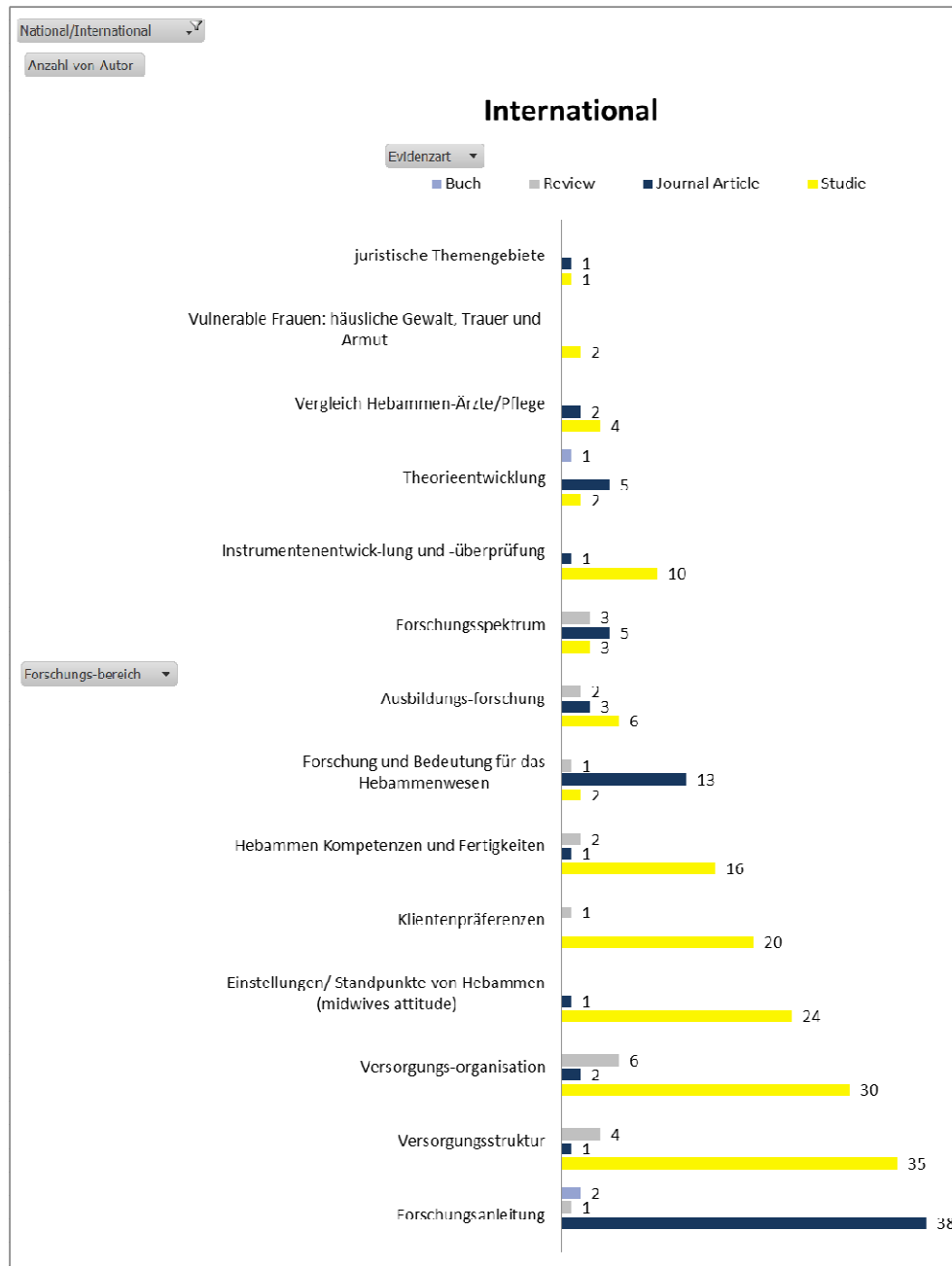
⁶² Im Vergleich zur internationalen Wissenschaftsgemeinschaft publizieren deutschsprachige Autoren hauptsächlich in Büchern zum Themengebiet „Forschungsanleitung“ Groß, M. and B. Schlieper (1993). Anregung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen in Ausbildung und Praxis, Hebammengemeinschaftshilfe, Jäger, S. (1993). Wie komme ich an wissenschaftliche Literatur? Ein Wegweiser für Hebammen ; [überarbeitete und erweiterte Fassung eines Arbeitspapierses für den 2. Workshop "Hebammen Forschen", Kassel, 19. - 22. März 1992], HGH, Groß, M. (1995). Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen - Erfahrungen und Auswertungen von Ausbildungsprojekten, Hartung-Gorre., während die

„Forschungsspektrum“ und „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“ zeigen mit 68 von insgesamt 251 Titeln das Interesse der Scientific Community an der Bereitstellung von Forschungsagenden zur Systematisierung der Hebammenforschung sowie an der Nachwuchsförderung durch Vermittlung von Forschungskompetenz. Die thematische Analyse lässt die Entwicklung der Publikationsinhalte über reine methodische Anleitungen hin zum Thema Forschungsethik erkennen (van Teijlingen and Cheyne 2004; King 2006; Marchant 2010). Im Themenbereich zur Bedeutung von Forschung für das Hebammenwesen zeigen sich erste Untersuchungen, die die Probleme der Berufsgruppe mit der Wissenschaft fokussieren (z. B. Hundley, Milne et al. 2000).

Themengebiete „Forschungsspektrum“ und „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“ in der identifizierten Literatur nicht aufgegriffen werden.

Abbildung 30 Thematische Präferenzen der Literatur (international)

(n = 251)



Quelle: Eigene Darstellung

Im Verlauf der systematischen Recherche konnten zuzüglich zu den aus internationalen Forschungsagenden stammenden Themenbereichen (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003) für die internationale Forschungslandschaft 7 neue Themenschwerpunkte identifiziert werden,

die auf die Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Interesses im zeitlichen Verlauf hinweisen. Es handelt sich um:

- „Ausbildungsforschung“
- „Theorieentwicklung“
- „Forschung und die Bedeutung für das Hebammenwesen“
- „Forschungsanleitung“
- „Instrumentenentwicklung“
- „Forschungsspektrum“
- „Juristische Themengebiete“

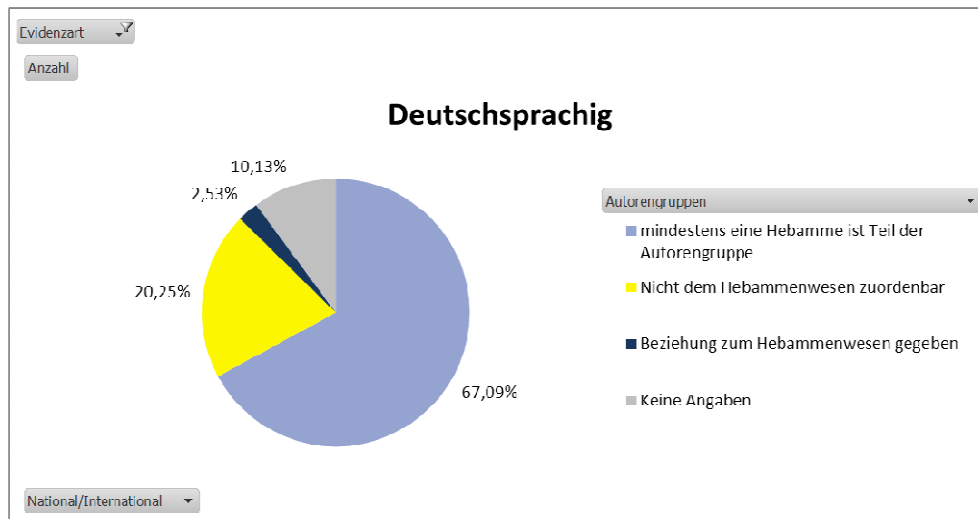
Seit den Veröffentlichungen von Raisler sowie Cheyne aus den Jahren 2000 und 2003 (Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003) konnten somit inklusive der in den Beiträgen der deutschsprachigen Community identifizierten „Hebammengeschichte“ 8 neue Themenbereiche identifiziert werden.

Welche Forschergruppe dominiert die Forschung?

Die Frage nach der Zusammensetzung der Forschergruppe zielt darauf ab zu erfahren, inwieweit die Hebammenwissenschaft von Angehörigen der Berufsgruppe des Hebammenwesens dominiert wird.

Um hebammenwissenschaftliche Beiträge in der Recherche identifizieren zu können, erfolgte daher zum einen die Untersuchung der Autorenangaben, um die Zuordnung der einzelnen Autoren zum Hebammenwesen zu erkunden. Von Interesse war dabei nicht nur der sich als Erstautor verantwortlich zeigende Autor, sondern es wurden die Gesamtangaben aller Autoren untersucht, um die Beteiligung von Hebammen an den Publikationen nachzuweisen. Da einzelne Beiträge, deren Autoren keine Zuordnung zum Hebammenwesen erkennen lassen, aber dennoch ein anhand der ICM Core Competencies identifiziertes spezifisches Thema des Hebammenwesens betrachten, als hebammenwissenschaftlich eingeschätzt wurden, stellt sich die Frage nach der Zusammensetzung der Scientific Community, wie sie in Abbildung 31 für den deutschsprachigen und Abbildung 32 für den internationalen Raum gezeigt wird. Dabei zeigt sich für den deutschsprachigen Raum mit ca. 30% ein hoher Anteil an Beiträgen, deren Autoren entweder nicht dem Hebammenwesen zugeordnet werden können oder entsprechende Autorenangaben vermissen lassen. Deutlich ist aber auch, dass ca. 70% der Beiträge die Beteiligung von Hebammen aufweist und damit die Hebammenwissenschaft im deutschsprachigen Raum eindeutig von den Angehörigen der Berufsgruppe dominiert wird.

Abbildung 31 Zusammensetzung der Forschergruppe in Bezug auf das Hebammenwesen (deutschsprachig)



Quelle: Eigene Darstellung

An Forschungsstandorten mit Selbstzuschreibung Hebammenwissenschaft bzw. Hebammenforschung erfolgt die Besetzung der multidisziplinären Wissenschaftlerteams größten Teils mit primär qualifizierten Hebammen. Der Forschungsverbund Osnabrück, der Schweizer Hebammenverband, die ZHAW und die Universität Bielefeld forschen ausschließlich unter Einbezug von Hebammen. Von geringerer Bedeutung ist dagegen die berufliche Primärqualifikation als Hebamme, an einem Forschungsstandort, der sich nicht explizit der Hebammenforschung verschreibt. Der Forschungsschwerpunkt Maternal Health in Osnabrück, dessen Forschungsarbeiten rund um die reproduktive Lebensphase von Frauen mit Fokus auf das Wirken von Hebammen ausgerichtet sind, bezieht beispielsweise genauso viele Angehörige wie Nicht-Angehörige des Berufsstandes der Hebammen in Forschungsaktivitäten mit ein. Wie bereits Abbildung 31 aufzeigt, ist der überwiegende Anteil der deutschsprachigen Forschung unter Einbezug von Hebammen entstanden (71% der Forschung).

Tabelle 20 Zusammensetzung der Forschergruppe der Forschungsstandorte (deutschsprachig)

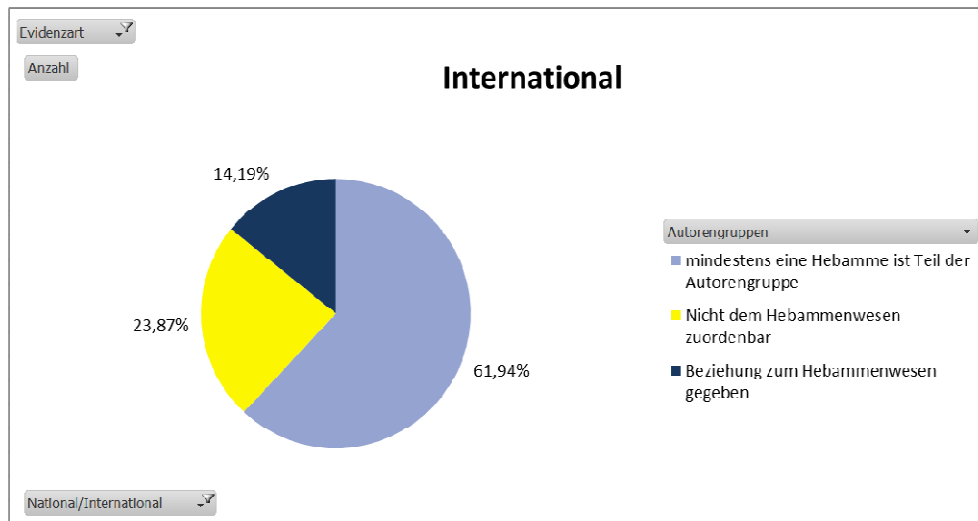
	71%	3%	14%	11%	Summe
Maternal Health Osnabrück	14%	0%	14%	10%	38%
Forschungsverb. Osnabrück	26%	0%	0%	0%	26%
MH Hannover	14%	3%	0%	1%	18%
CH Hebammenverband	8%	0%	0%	0%	8%
ZHAW	8%	0%	0%	0%	8%
Uni Bielefeld	1%	0%	0%	0%	0%
	Mindestens eine Hebamme ist Teil d. Forschergruppe	Beziehung zum Hebammenwesen gegeben	Nicht dem Hebammenwesen zuordenbar	Keine Angaben	

Differenz zu 100%:
Rundungsabweichung
Projekte & Studien n=72

Quelle: Eigene Darstellung

Der Vergleich mit dem internationalen Sprachraum zeigt für die Zusammensetzung der internationalen Forschergemeinschaft der Hebammenwissenschaft ähnliche Zahlen (vgl. Abbildung 32). Mit ca. 76% sind Autoren dem Hebammenwesen zu zuordnen, bzw. gehören dem Hebammenwesen eindeutig an. Zwar sind 24%, ähnlich den deutschsprachigen Verhältnissen, nicht dem Hebammenwesen zu zuordnen, dafür entfällt die Kategorie „keine Angaben“, da internationale Publikationen entsprechende Informationen bereithalten.

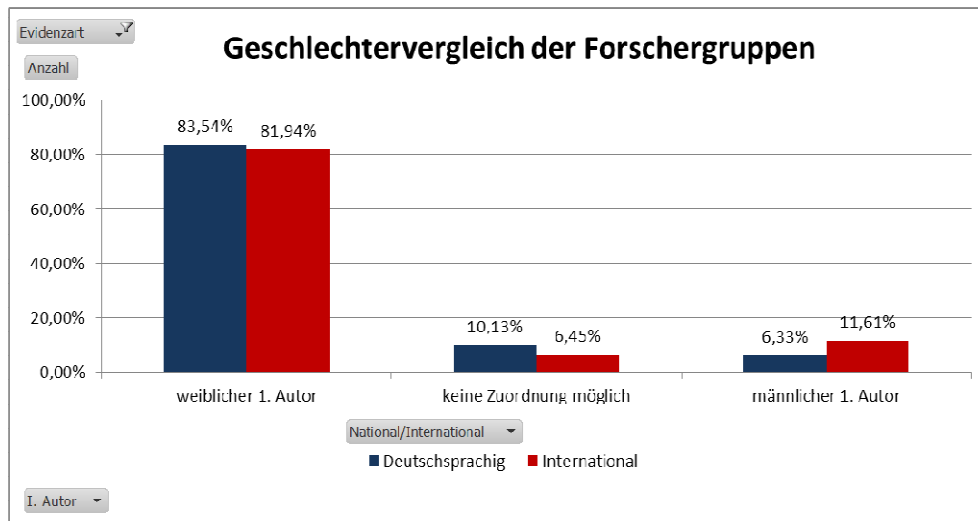
Abbildung 32 Zusammensetzung der Forschergruppe in Bezug auf das Hebammenwesen (international)



Quelle: Eigene Darstellung

Die internationale Regelung, die die Berufszulassung männlicher Hebammen oder auch Entbindungspfleger vorsieht, sowie die als hebammenwissenschaftlich identifizierten Beiträge Berufsgruppen fremder Autoren, führt zur Untersuchung der Geschlechterverteilung in der Forschergruppe, deren Mitglieder aus einem als typisch beschriebenen Frauen-Beruf entstammen (vgl. Abschnitt 2.1.). Hierzu wurden Angaben des publikationsverantwortlichen Erst-Autors der Beiträge untersucht. Die geschlechterspezifische Zusammensetzung der Wissenschaftlergruppe ist von Interesse in Bezug auf die Beschreibung des Denkstils, der genderspezifisch das Denkstilkollektiv beeinflusst und sich damit auf die Durchführung von Forschungsvorhaben auswirkt (vgl. Tong, Sainsbury et al. 2007 Domaine 1, S. 351).

Abbildung 33 Gender-Zusammensetzung der Forschergruppe (Erst-Autoren) im deutschsprachigen / internationalen Vergleich



Quelle: Eigene Darstellung

Im internationalen / deutschsprachigen Vergleich zeigt sich mit einem Anteil von ca. 6% für den deutschsprachigen und ca. 12% für den internationalen Raum, eine, wenn auch geringfügige, Beteiligung männlicher Erst-Autoren an der hebammenwissenschaftlichen Kommunikation. Das wissenschaftliche Denktstilkollektiv wird jedoch in Form der Erst-Autoren weltweit eindeutig von Frauen dominiert (vgl. Abbildung 33).

Wer sind Initiatoren, Auftraggeber und Finanziers der Forschung?

Die Betrachtung von Auftraggebern und Finanziers von Forschungsarbeiten ermöglichen den Blick auf die Außenkontakte einer Wissenschaft (vgl. Tabelle 21) und zeigt auf, wie die Wissenschaft über Fördermittel in Kontakt mit der Gesellschaft tritt. Die Frage stellt sich nach der von staatlicher Seite förderfinanzierten Forschung, wie sie durch GOs (Governmental Organization / Regierungsorganisation: politisch besetzt, z.B. Behörden) ermöglicht werden, versus der industriellen Forschungsförderung, wie sie durch NGOs (Non-Governmental Organization / Nicht-Regierungsorganisation: nicht politisch besetzt, z.B. Industrie, Unternehmen usw.) erfolgt. Die nicht-zweckgebundene Sockelfinanzierung von Forschungsarbeiten erfolgt durch Gelder, die den QUANGOs (Quasi Non-Governmental Organization), also beispielsweise Universitäten, Körperschaften, Fachgesellschaften und Verbänden zur freien Verfügung stehen.

Tabelle 21 Auftraggeber / Finanziers von Forschungsarbeiten (deutschsprachig)

Auftraggeber	Funding					Gesamtergebnis
	GO	Keine Angaben	keine eindeutige Zuordnung möglich	NGO	QUANGO	
GO	10,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,13%
Keine Angaben	13,92%	43,04%	1,27%	21,52%	10,13%	89,87%
Gesamtergebnis	24,05%	43,04%	1,27%	21,52%	10,13%	100,00%

Tabelle 21 lässt erkennen, dass Aussagen zum Auftraggeber nur in 10% der untersuchten deutschsprachigen Projekte und Studien vorgenommen werden. In diesen Fällen waren die GOs (Governmental Organizations) sowohl Auftraggeber als auch Finanziers der Forschung. Die Forschungsarbeiten, deren Auftraggeber nicht bekannt sind, sind auch hinsichtlich der Finanzierung größtenteils nicht spezifiziert. Festgehalten werden kann, dass NGOs ca. 22% der gesamten deutschsprachigen Forschung finanzieren und somit nach den GOs (mit 24%) der zweitgrößte Finanzier sind. In der internationalen Forschung ist dagegen für über 75%

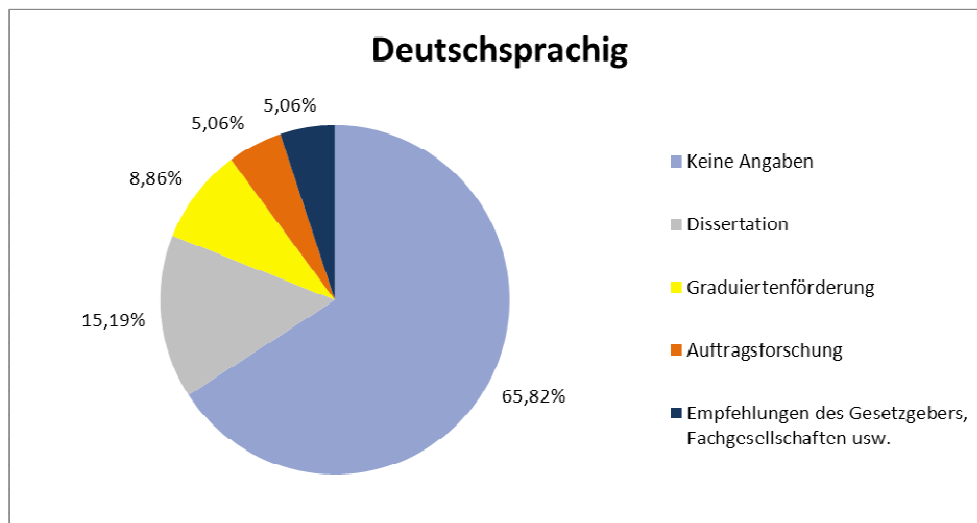
nicht dargelegt, wer die Auftraggeber der Forschungsaktivitäten sind (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22 Auftraggeber/Finanziers von Forschungsarbeiten (international)

Auftrag- geber	Funding						Gesamt- ergebnis
	GO	Kein Funding	Keine Angaben	keine ein- deutige Zuord- nung möglich	NGO	QUAN- GO	
Keine Angaben	15,48%	1,29%	32,90%	5,81%	6,45%	14,19%	76,13%
GO	8,39%	0,00%	2,58%	0,00%	0,00%	0,00%	10,97%
QUANGO	1,94%	0,00%	3,87%	0,00%	0,00%	2,58%	8,39%
NGO	0,00%	0,00%	0,65%	0,00%	1,94%	0,00%	2,58%
keine ein- deutige Zuord- nung möglich	1,29%	0,00%	0,00%	0,00%	0,65%	0,00%	1,94%
Gesamt ergebnis	27,10%	1,29%	40,00%	5,81%	9,03%	16,77%	100,00%

Unter den bekannten Auftraggebern liegt für den internationalen Forschungsraum mit 11% erneut die GO an erster Stelle. Auch in Bezug auf die Finanzierung liegt die GO, für den bekannten Teil der Finanziers, mit 27% der Finanzierung aller Forschung an erster Stelle. International sind allerdings die NGOs erst an dritter Stelle mit nur 9% zu finden, d. h. QUANGOs haben international für die Forschungsfinanzierung eine höhere Bedeutung als im deutschsprachigen Raum.

Abbildung 34 Forschungsbegründung (deutschsprachig)
(Evidenzart Projekt und Studie)

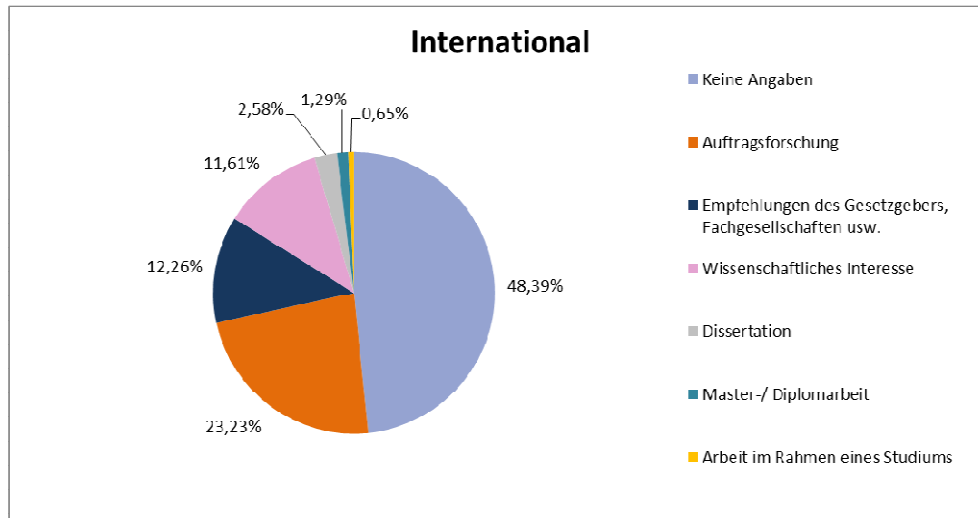


Quelle: Eigene Darstellung

Für den deutschsprachigen Forschungsraum zeigt sich, dass mit ca. 34 % nur ein geringer Teil der Forschungsarbeiten in Form von Auftragsforschung, Qualifikationsarbeiten bzw. Graduiertenförderung sowie auf Grund von Empfehlungen des Gesetzgebers bzw. der Fachgesellschaften entstanden sind. Auftragsforschung geschieht im Auftrag der Regierung, die gleichzeitig Finanzgeber ist (vgl. Tabelle 21). Die wissenschaftliche Nachwuchsförderung im deutschsprachigen Raum zeigt sich mit 24% der Forschungsarbeiten, die von Seiten von QUANGOs und NGOs unterstützt werden (vgl. Excel-Tabelle im Anhang). Ca. 66% der deutschsprachigen Arbeiten ist keine Begründung für die Forschungsdurchführung zu entnehmen.

Dagegen lässt nur knapp die Hälfte der Forschungsarbeiten der internationalen Forschergemeinschaft Angaben zur Begründung der Forschungsdurchführung missen (vgl. Abbildung 35). Die Nachwuchsförderung der wissenschaftlichen Disziplin bildet sich in den Dissertationen ab. Weitere spezifische Angaben über Graduiertenförderung konnte den internationalen Publikationen nicht entnommen werden. Jedoch sind Publikationen aus der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung im deutschsprachigen und internationalen Vergleich fast gleich stark vertreten.

Abbildung 35 Forschungsbegründung (international)
(Evidenzart Studie)



Quelle: Eigene Darstellung

Welche Methoden werden präferiert?

Die Frage nach den methodischen Präferenzen deutschsprachiger Forscher lässt keine generalisierte Aussage auf Grund der Vielfalt an Methoden-Kombinationen zu. Die folgende Darstellung (Tabelle 23) dient von daher nur der reinen Darlegung, ohne ein Ergebnis explizit gewichten zu wollen. Generell festzustellen ist, dass es sich bei der dokumentengestützten Datenanalyse bislang um die häufigste (reine) Auswertungsform handelt. 22 Arbeiten weisen mehrere Methoden auf, so dass festgehalten werden kann, dass das „multimethodische“ Arbeiten in deutschsprachigen Forschungsarbeiten präferiert wird. Die Anzahl zu „keine Angaben“ der Methode, eine Grundlagenangabe wissenschaftlicher Publikationen, kann auf einem Publikationsbias beruhen, kann jedoch auch ein Hinweis auf die Unreife der Hebammenwissenschaft in ihrer Kommunikationskultur sein.

Tabelle 23 Methodische Präferenzen deutschsprachiger Forschungsarbeiten
(Evidenzarten: Projekte und Studien, Deutschsprachig)

Studientyp	keine Angaben	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Historische Studie	Grounded Theory	(Leer)	Experimentelle Studie	Gesamtergebnis
Erhebungsmethode									
Beobachtung, Datenanalyse (Dokumentengestützt)		1							1
Datenanalyse (Datenbankgestützt)		4							4
Datenanalyse (Dokumentengestützt)		7			4				11
Datenanalyse (Dokumentengestützt), Interviews			1						1
Datenanalyse (Dokumentengestützt), schriftliche Befragung	1		1						2
Datenanalyse (Dokumentengestützt), schriftliche Befragung, Interviews			1						1
Datenanalyse (Dokumentengestützt), Interviews, Beobachtungen	1								1
Interviews						1			1
Interviews (halbstrukturiert)	3		3	3					9
Interviews (halbstrukturiert), Beobachtungen, Datenanalyse (Dokumentengestützt)				1					1
Interviews (halbstrukturiert), Datenanalyse (Datenbank gestützt)	2								2
Interviews (halbstrukturiert), Datenanalyse (Dokumentengestützt)	1								1
Interviews (halbstrukturiert), Fokusgruppendifkussion	1								1
Interviews (narrativ), Beobachtungen				1					1
Interviews, schriftliche Befragung		1							1
Literaturreview	1								1

Studientyp	keine Angaben	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Historische Studie	Grounded Theory	(Leer)	Experimentelle Studie	Gesamtergebnis
Erhebungsmethode									
Literaturreview, Experteninterviews	1								1
Schriftliche Befragung	2	6	1						9
Schriftliche Befragung, Interviews	2	3				1			6
Schriftliche Befragung, Skalenanalyse	1	1							2
Skalenanalyse	1	2						1	4
keine Angaben	15	2					1		18
Gesamtergebnis	32	27	7	5	4	2	1	1	79

Aus methodischer Perspektive betrachtet ist für den internationalen Forschungsraum die hohe Anzahl an rein schriftlichen Befragungen auffällig (vgl. Tabelle 24). Auch in Kombination mit weiteren Methoden zeigt sich eine hohe Beliebtheit der schriftlichen Befragungen im internationalen Forschungsbereich. Zudem wird die im deutschsprachigen Forschungsumfeld beliebte Datenanalyse relativ häufig genutzt, gefolgt von Interviews als drittbeliebteste Forschungsmethode. Im quantitativen Forschungsansatz überwiegen experimentelle und nicht-experimentelle Studien, während die weiteren Ausprägungen mit Abstand dahinter liegen.

Tabelle 24 Methodische Präferenzen internationaler Forschungsarbeiten (international)

Studientyp	Experimentelle Studie	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Ethnographische Studie	keine Angaben	Grounded Theory	Fallstudie	Gesamtergebnis
Erhebungsmethode									
Audittool			1						1
Beobachtung	4	1	3						8

Zuordnung der Befunde des Reviews zu den Forschungsfragen

Studientyp	Experimentelle Studie	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Ethnographische Studie	keine Angaben	Grounded Theory	Fallstudie	Gesamtergebnis
Erhebungsmethode									
Beobachtung, Datenanalyse (Dokumentengestützt)	2								2
Beobachtung, Interviews					2		1		3
Datenanalyse (Datenbankgestützt)	1	6							7
Datenanalyse (Dokumentengestützt)	4	8	2	2					16
Datenanalyse (Dokumentengestützt), schriftliche Befragung	6			1					7
Datenanalyse (Dokumentengestützt), schriftliche Befragung, Interviews	1		1						2
Delphiverfahren (Schriftlich)						1			1
Delphiverfahren (Schriftlich)					1				1
Delphiverfahren (Schriftlich), Fokusgruppendifkussion						1			1
Fokusgruppendifkussion				3		2	1		6
Interviews		1					1		2
Interviews (halbstrukturiert)				7	2		2		11
Interviews (halbstrukturiert), Beobachtungen				1	1				2
Interviews (halbstrukturiert), Datenanalyse (Datenbankgestützt)		1							1
Interviews (halbstrukturiert), Datenanalyse (Dokumentengestützt)	1							1	2
Interviews (halbstrukturiert), Fokusgruppendifkussion, Beobachtungen					2				2
Interviews (strukturiert), Befragungen (schriftlich), „Think Aloud“						1			1
Literaturreview, Interview, Analyse von								1	1

Zuordnung der Befunde des Reviews zu den Forschungsfragen

Studientyp	Experimentelle Studie	Nicht-experimentelle Studie	Quasi-experimentelle Studie	Phänomenologische Studie	Ethnographische Studie	keine Angaben	Grounded Theory	Fallstudie	Gesamtergebnis
Erhebungsmethode									
Fallbeispielen									
Pre- und Posttest	2		4						6
Qualitative Themenanalyse von Supervisionsaufzeichnungen				1					1
Schriftliche Befragung	18	24	6						48
Schriftliche Befragung, Beobachtungen	1					1			2
Schriftliche Befragung, Diagnosetest	1								1
Schriftliche Befragung, Interviews	1					1			2
Schriftliche Befragung, Interviews, Fokusgruppendifkussion			1						1
Schriftliche Befragung, Literaturreview, Konsensusverfahren		1							1
Schriftliche Befragung, Skalenanalyse	3	1	1						5
Skalenanalyse	5	1							6
Thinkaloud				1					1
Videoaufzeichnung, Scoringformat	2								2
Videoaufzeichnung, Strukturierte Diskussionen		1							1
keine Angaben	1								1
Gesamtergebnis	53	45	19	16	8	7	5	2	155

Die vertiefende Betrachtung einzelner Endpunkte und Zielsetzungen in Studien und Projekten wird im Verlauf der Analyse auf Grund ihrer heterogenen Verwendung als nicht zielführend für die Beantwortung der vorliegenden Arbeit erachtet. Ein Großteil der Arbeiten lässt die Ableitung der Endpunktgenerierung aus der Literatur erkennen(vgl. hierzu auch die Excel-Ergebnis-Tabelle im Anhang der Arbeit). Jedoch ist keiner der

Publikationen eine Angabe zu einem methodengeleiteten Vorgehen der Endpunktentwicklung zu entnehmen.

2.2.2. Welche Beiträge zur Methodenentwicklung im Hebammenforschungsbereich sind veröffentlicht und welche werden eingesetzt?

Die auf die Erfassung methodologischer Beiträge ausgerichtete Recherche identifiziert keine neuen Beiträge zur Entwicklung einer hebammen-spezifischen Methodologie. Quantitative Forschung, Phänomenologie und Grounded Theory werden im Hinblick auf die Anwendbarkeit in der Hebammenforschung besprochen, ohne vertiefende Diskussion in der Community zu erfahren. Die Forschergemeinschaft bedient sich des Methodenportfolios angrenzender Wissenschaften zur Untersuchung ihrer Themenbereiche (vgl. Tabelle 23 und Tabelle 24). Die Entwicklung der Themenbereiche zeigt auf, dass in Bezug auf Forschungsinstrumente, sich die Scientific Community der Bedeutung spezifischer Instrumente zur Erhebung hebammenwissenschaftlicher Fragestellungen bewusst ist.

In einem nächsten Schritt werden die im Verlauf der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse der Bewertung und Interpretation zugeführt.

10. Bewertung und Interpretation

Die anhand der qualitätsgesicherten Analyse erhobenen Ergebnisse bedürfen in einem nächsten Schritt der Bewertung und Interpretation im Hinblick auf die Einschätzung des Entwicklungsstandes der Hebammenwissenschaft. Zur Vermeidung individual-interpretatorischer Aussagen erfolgt der Übertrag der Ergebnisse im Rückgriff auf die in Kapitel 3 beschriebenen wissenschaftssoziologischen Theorien, die mit den drei zuvor identifizierten Diskursthemen „Denkstilgemeinschaft“, „Paradigma“ und „Kommunikation“ korrespondieren.

Die Verwendung des Begriffes „Hebammenwissenschaft“ bzw. „Science of Midwifery“ in der Literatur und im gesellschaftlichen Rahmen lässt darauf schließen, dass es im internationalen wie deutschsprachigen Raum eine konstituierte Hebammenwissenschaft gibt. Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführte Analyse der Wissensbestände ergibt, dass ihre derzeitige Konstitution über den Forschungsvollzug des Forscherkreises erfolgt, ohne dass gleichzeitig die Darlegung eines gemeinsamen Wissenschaftsverständnisses erfolgt. Aufgrund der fehlenden theoretischen Explikation aus den Reihen der hebammenwissenschaftlichen Community erfordert die Reifediagnostik der Hebammenwissenschaft daher die Untersuchung des sich in der wissenschaftlichen Kommunikation zeigenden Denkverkehrs (Fleck 1999) der Forschergruppe. Fleck und Kuhn zeigen auf, wie die soziale Wirklichkeit der Forschergemeinschaft Einfluss auf die Erzeugung wissenschaftlicher Tatsachen nimmt, die, als Ordnungsprinzipien verstanden, der Wissenschaft den konzeptuellen Rahmen bieten, innerhalb dessen die Forschergemeinschaft ohne jeglichen Legitimationszwang ihrer Arbeit folgen kann (vgl. Kuhn 1976; Fleck 1999). Die Untersuchung des in der publizierten Forschungskommunikation sich abbildenden Denkstils dient daher der Offenlegung des Vorganges des Erkennens der Denkstilgemeinschaft (Fleck 1999). Die Existenz eines von der Forschergemeinschaft anerkannten Paradigmas wird dabei im Verständnis von Kuhn als Reifezeichen für die, weil entwickelte, Normal-Wissenschaft gesehen (Kuhn 1976).

In ihren Ausführungen greifen Fischer und Kollegen den Gedanken der Kommunikation im System der Wissenschaft auf und verlagern seine Betrachtung von der strukturellen Ebene, die der Ordnung dient, auf die Ebene der Funktionalität (Fischer, Costazza et al. 1993). Der theoretische Ansatz konzentriert sich auf Kommunikation im Hinblick auf sich wiederholende Prozesse, die der Herausbildung der Wissenschaft dienen. Die Autoren betrachten die wissenschaftliche Kommunikation als dynamischen Prozess, der der Herstellung objektiver Geltung wissenschaftlicher Aussagen über die Prozessabfolge von Argumentation, Reflexion und Widerspruch dient. Wissenschaft ist dabei als Subsystem in der Gesellschaft verortet. Wissenschaft bildet sich also nicht nur über den Wissensbestand heraus, sondern auch über die Auseinandersetzung mit den einflussnehmenden Systemen einer Wissenschaft.

Denkstilgemeinschaft

Wissenschaft als „gemeinschaftsbezogene Tätigkeit“ (Kuhn 1976 S. 190; vgl. Schäfer and Schnelle 1999 S. XXV) verstanden, setzt in einem ersten Schritt die Betrachtung der Forschergemeinschaft voraus. Als Fachleute gleicher Sozialisation (vgl. Kuhn 1976 S. 188f) die in „gedanklicher Wechselwirkung“ (Fleck 1999 S. 54) miteinander stehen und damit Träger eines bestimmten Denkstils sind, werden sie als Denkstilgemeinschaft verstanden (vgl. Fleck 1999 S. 55). Die Identifikation dieser Denkstilgemeinschaft erfolgt in der vorliegenden Arbeit anhand ihrer wissenschaftlichen Kommunikation über die Zuordnung von Publikationsinhalten bzw. anhand der Verbindung der Autoren zur Hebammenwissenschaft oder anhand ihrer Sozialisation als Angehörige der zur Wissenschaft zugeordneten Berufsgruppe, dem Hebammenwesen. Dabei ermöglicht die Anwendung des aus der EbcP stammenden qualitätsgesicherten literaturanalytischen Verfahrens die hochtransparente Darstellung des wissenschaftlichen Diskurses und seiner Teilnehmer, ohne Anspruch auf die Untersuchung der Gesamtheit der Forschungspublikationen der Forschergemeinschaft erheben zu müssen. Wie sich im Ergebnis zeigt, entsteht ca. 70% - 75% der weltweit als hebammenwissenschaftlich identifizierten Literatur unter Einbezug von Forscherinnen aus dem Hebammenwesen, während für ca. 20% der Beiträge den Autorenangaben keine Zuordnung zu entnehmen ist (vgl. Abbildung 31 und Abbildung 32). Die Forschergemeinschaft erfährt demnach einen großen Einfluss durch Wissenschaftler, die dem berufsgruppenspezifischen Denkstil des Hebammenwesens unterliegen. Die Untersuchung der Genderzusammensetzung anhand der sich für die Publikationen verantwortlich zeigenden Erstautoren, wird als Hinweis auf die Dominanz des weiblichen Geschlechts (vgl. Abbildung 33) in der wissenschaftlichen Kommunikation gewertet. Die Denkstilgemeinschaft setzt sich demnach zu einem dominierenden Teil aus den weiblichen Angehörigen des, trotz der Berufszulassung von Männern, weiterhin als typischen Frauenberuf geltenden Hebammenwesens zusammen (vgl. Abschnitt 2.1.). Der Denkstil der Forschergruppe ist somit geprägt vom Denkstil der Berufsgruppe, der sich, wie in Kapitel 2 beschrieben, im sozialhistorisch gewachsenen

Habitus zeigt und im Sinne eines unreflektierten vorsprachlichen Wissens, dem Hebammenhandeln unterlegt ist. Der Übertrag von Flecks Denkstilmodell auf das Hebammenwesen zeigt dabei den noch unwissenschaftlichen Denkstil der Berufsgruppe auf, deren Handeln im wissenschaftlichen Verständnis nicht ausreichend begründet ist, sondern auf tradierten Grundwerten aufbaut.

Mit Beginn der Forschungsaktivität zeigt sich der Beginn der Denkstilveränderung der von ihrem berufsgruppenspezifischen Habitus geprägten Forscherinnen. Die Herausbildung eines vor-wissenschaftlichen Denkstils (Fleck 1999) zeigt sich nun zum einen im Forschungsvollzug und zum anderen in der als vor-paradigmatisch zu bezeichnenden Literatur. Der prä-paradigmatische Charakter der Literatur spiegelt sich dabei in der großen Anzahl der Beiträge wieder, die sich mit der Vermittlung von Forschungskompetenz auseinandersetzt. Während die deutschsprachige Recherche zwar generell wenige Fachjournal-Publikationen zum Themenbereich identifiziert, wird mit 41 von 251 identifizierten internationalen Titeln die Bedeutung der Vermittlung von Forschungskompetenzen für den internationalen Raum deutlich (vgl. Abbildung 30). Mit den ersten veröffentlichten Beiträgen von van Teijlingen und Cheyne, King sowie Marchant zur Forschungsethik (van Teijlingen and Cheyne 2004; King 2006; Marchant 2010) zeigt sich das wissenschaftliche Heranreifen der internationalen Forschergruppe durch die Auseinandersetzung mit der Forschungsverantwortung am Menschen. Auch die Veränderung der Kommunikationsinhalte ab ca. 1999 sind Zeichen der wissenschaftlichen Entwicklung. In der Forschergemeinschaft zeichnet sich das zunehmende Interesse auf die Untersuchung von Themenbereichen ab, die auf die Belange der Berufsgruppe ausgerichtet sind, wie z.B. „Ausbildungsforschung“ oder auch „Einstellungen und Standpunkte von Hebammen“ (vgl. Abbildung 28 und Abbildung 29). Zwischen 1999 und 2011 identifiziert die Recherche allein 68 von 341 Beiträgen die auf die Belange der Berufsgruppe gerichtet sind, im Vergleich zu 29 Beiträgen zwischen 1983 und 1998 (vgl. Excel-Tabelle im Anhang).

Die Zusammenführung der Denkgemeinschaft erfolgt weltweit vor dem Hintergrund der „beruflichen Initiation“ (Kuhn 1976 S. 188) der Forscher sowie über die Auseinandersetzung mit dem gemeinsamen

Forschungsgegenstand, der im Kontext der Berufsgruppe und des Frauen-Heilhandelns liegt (vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18). Das im Vergleich zur deutschsprachigen Gemeinschaft frühe Interesse an Forschung aus den Reihen von Hebammen kann im angloamerikanischen Raum mit dem akademischen Ausbildungsmodell und der Nähe zur Pflegewissenschaft erklärt werden.⁶³ Dabei erklärt die Subsumierung des Hebammenwesens unter Pflege, die Publikation von Forschungsaktivitäten unter den Begriffen der Pflegewissenschaft. Die Herausbildung eines sich von der Pflege differenzierenden hebammenspezifischen Forschungsbereiches ist im Verlauf der zeitlichen Analyse erkennbar. Diese Entwicklung erklärt sich über die Entstehung von Hebammen-Ausbildungsmodellen, wie dem Modell „Direct Entry Midwife“ sowie entsprechender Statements von Seiten der Hebammenverbände, die der berufsgruppenspezifischen Identitätsbildung Vorschub leisten (Nixon and Power 2007).⁶⁴ Für den deutschsprachigen Raum, insbesondere für Deutschland, zeigt sich im Vergleich zum angloamerikanischen Raum die späte Entwicklung einer Forschergemeinschaft aus den eigenen Reihen des Hebammenwesens. Gründe hierfür sind sicherlich zum einen in dem, im Vergleich zum internationalen Ausland spät beginnenden Akademisierungsprozess, zu sehen, der, als Verwissenschaftlichung der Berufsgruppe verstanden die Vermittlung von Forschungskompetenzen inkludiert. Weltweit führten zudem die Forderungen der Gesellschaften nach evidenzbasierten Versorgungsleistungen dazu, dass Hebammen sich der Verantwortung für die Evaluation der eigenen Praxis bewusst wurden:

„The profession of nurse- midwifery has recognized its responsibility to evaluate its own practice. This professional self-assessment is appropriate and essential within a cost-efficient, high quality health care system that expects and demands professional practice that is responsive to consumer health needs and desires. However, assessments of nurse- midwifery practice are marked by certain

⁶³ Der Beginn von Forschungsaktivitäten verläuft für den deutschsprachigen im Vergleich zum angloamerikanischen Raum zeitlich versetzt um ca. 40 Jahre. Vgl. www.mh-hannover.de/hebammenwissenschaft.html (Zugriff 18.01.2011). Medizinische Hochschule Hannover - AG Hebammenwissenschaft „Zur Geschichte der Hebammenwissenschaft“

⁶⁴ 1978 bedarf es eines Statements von Seiten des ACNM, der als US-amerikanischer Dachverband der CNM darauf hinweist, dass es sich bei der CNM nicht um eine spezielle Fachrichtung der Pflege handelt, sondern um eine eigenständige Berufsgruppe, die in beiden Disziplinen ausgebildet ist. (Zitation überprüfen. Cluett?S.16-17).

methodological difficulties that must be addressed in order to ensure that findings can be interpreted and generalized accurately.”

(Fullerton and Wingard 1990 S. 153)

Das folgende aus einer englischen Publikation stammende Zitat von 1990 ist Beispiel für die Denkstilentwicklung der Forschergruppe im Hinblick auf die Bedeutung von Forschung für die Praxis und der Entwicklung der Hebammenwissenschaft als eine „Praxiswissenschaft“.

„In creating a culture in which there is a strong drive to use information, to ask the right questions and to evaluate the effectiveness and safety of midwifery practice, midwives need to find ways of discussing the problems as well as the benefits that research may bring. We can then move towards usefully supporting midwives who carry out research or use results in practice to help offer the best care possible”

(McCandlish and Renfrew 1991 S.41)

Mit spezifischem Blick auf Deutschland zeigt sich, dass nicht allein die gesellschaftlichen Forderungen nach der Herstellung von Verbindlichkeit und Sicherheit über Effektnachweise in der Versorgung verantwortlich für die Forschungsaktivität aus den eigenen Reihen ist. Die in Deutschland gesetzlich verbriefte Vorbehaltsaufgabe „physiologische Geburt“ und die lange Tradition des Hebammenwesens im deutschsprachigen Gesundheitswesen erforderte bislang von den Hebammen keinerlei Legitimation für ihr Tätigwerden innerhalb der Gesellschaft. Es ist davon auszugehen, dass die gesetzliche Anbindung des deutschen Hebammenwesens an die GKV-Vorgaben, den Selbstlegitimationsdruck des Berufsstandes gemindert und zu einer Verzögerung der Entwicklung von Hebammenforschung in Deutschland geführt hat. Die Entlassung in die Selbstverwaltung sowie der politische und gesellschaftliche Druck auf die Berufsgruppe, in Form des fehlenden Nachteilsausgleichs durch angehobene Versicherungsprämien und die damit in direkter Verbindung stehende Auswirkung auf die Vorbehaltsaufgabe „physiologische Geburt“, sind als Auslöser des Legitimationsdrucks zu werten, der den Beginn von Forschungsaktivitäten aus den Reihen des Hebammenwesens in Deutschland verständlich macht. Projekte zum hebammen-geführten versus des ärztlich-geführten Kreißsaals und die Untersuchung der Sicherheit der außerklinischen

Geburtshilfe können als Zeichen der Legitimation in Form der Abgrenzung zur Medizin und der Berufsgruppe der Ärzte verstanden werden.⁶⁵ Auch in den Publikationen der internationalen Forschergruppe zeigt sich eine Abgrenzungstendenz gegenüber der Ärzteschaft aber auch gegenüber der Pflege und den Berufsgruppen des Sozialwesens. Die Untersuchungen sind jedoch weniger vor dem Hintergrund der Legitimation zu verstehen, sondern zielen auf die Erfassung der Klientenzufriedenheit mit einzelnen Versorgungsleistungen ab, deren Durchführung von verschiedenen Berufsgruppen übernommen werden kann.

Mit 11 gemeinsamen Projekten der Forschergemeinschaft von weltweit 234 Studien und Projekten ist die länderübergreifende Zusammenarbeit in der Forschung als eher vernachlässigt zu bezeichnen (vgl. Excel-Tabelle im Anhang). Die kann begründet sein in der Finanzierung der Forschungsvorhaben, möglicherweise aber auch im Bewusstsein der Forschergemeinschaft, deren Denkstil auf die Ländergrenzen bezogen ist und Hebammenwissenschaft noch nicht als Gesamtheit der weltweiten Forschergemeinschaft versteht. Aussagen hierzu bedürfen weiterführender Untersuchungen, so dass die Einschätzung bzgl. des Verständnisses einer weltweiten Forschergemeinschaft an dieser Stelle im hypothetischen Bereich bleiben muss.

⁶⁵ Beispielhaft genannt sind hier das Projekt des Forschungsverbundes Osnabrück zum Hebammenkreißsaal sowie die Untersuchung zur außerklinischen Geburtshilfe durch den Forschungsschwerpunkt Maternal Health in Osnabrück. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück (2006). Außerklinische Geburten in Deutschland, Forschungsverbund Osnabrück (2007). Konzeptentwicklung Hebammenkreißsaal.

Kommunikation

Die Betrachtung der wissenschaftlichen Kommunikation der Denkstilgemeinschaft liefert wesentliche Aufschlüsse über den Reifegrad der Wissenschaft. Dabei zeigt sich in der systematischen Recherche der vorliegenden Arbeit die noch unausgereifte Sprache der Forschergemeinschaft anhand der Datenbank-Verschlagwortung. Die Subsumierung internationaler hebammenwissenschaftlicher Beiträge unter den Begriffen der Pflegewissenschaft ist dabei als ein wesentliches Kennzeichen der wissenschaftlichen Unreife zu werten und zeigt die Unsicherheit der Forschergemeinschaft über den hebammenwissenschaftlichen Gegenstand. Davon ausgehend, dass die Sprachgemeinschaft über den Sprachgebrauch festlegt, was in der zu erkennenden Welt existiert (vgl. Weber 2004 S. 97), zeigt sich an dieser Stelle die Erkenntnisgrenze der Wissenschaftsgemeinschaft. Als Reife-Merkmal einer wissenschaftsspezifischen Gruppe ist daher auch die Entwicklung einer kodifizierten Sprache zu verstehen, die die Kommunikation innerhalb des Forschungszirkels ermöglicht (vgl. Weber 2004 S. 99f). Für den deutschsprachigen Forschungsraum der Hebammenwissenschaft zeigt die erfolglose Anwendung der normativ abstrakten Suchbegriffe die fehlende Kodifizierung der als hebammenwissenschaftlich relevant eingestuften Begriffe innerhalb des esoterischen Forscherkreises auf (vgl. Fleck 1999 S. 59 u. S. 150). So identifiziert die systematische Recherche Titel aus dem Hebammenwesen, denen der Bezug zur Hebammenwissenschaft eindeutig fehlt. Die Unreife der wissenschaftlichen Kommunikation zeigt sich für den deutschsprachigen Raum zudem in der Diskordanzproblematik von Titel und Inhalt der einzelnen Publikationen. Die fehlende Übereinstimmung von Titeln und Inhalten beeinflusst die Wissensorganisation und kann zur Wissensunterdrückung innerhalb der Denkgemeinschaft führen. Die unzureichende Methodologie im Umgang mit dem Wissen zeigt sich auch bei der Untersuchung der als Projektvorhaben gekennzeichneten wissenschaftlichen Untersuchungen der deutschsprachigen Forschergemeinschaft. Das bestehende Methodenproblem zeigt sich zwischen Erbringung der Leistung und der nur über Umwege recherchierbaren Ergebnispublikationen. Dies führt wiederum zur Wissensunterdrückung, indem das produzierte Wissen der Scientific Community nicht zur

Verfügung gestellt wird. In der globalen Kommunikation orientieren sich die deutschsprachigen Forscherinnen an den weltweit anerkannten wissenschaftlichen Publikationsvorgaben.

Die inhaltliche Analyse der Wissensbestände der weltweiten Scientific Community zeigt die unterschiedlichen Themenschwerpunkte der Forschungsaktivitäten (vgl. Abbildung 24 und Abbildung 26). Die große Anzahl an Beiträgen aus dem internationalen Raum, die der Individualforschung auf Grund fehlender Angaben zu Auftraggebern zugeordnet werden (vgl. Abbildung 35), verdeutlichen die Problematik der Forschungssystematisierung. Länder mit hoher Forschungsbeteiligung, wie USA, UK und Australien⁶⁶, reagieren auf die Problematik mit der Erstellung von Übersichtsarbeiten zu länderspezifischen hebammenwissenschaftlichen Forschungsaktivitäten (z. B. Raisler 2000; Cheyne, Hundley et al. 2003; Reid, O'Reilly et al. 2007). Sie sind Teil der Ordnungsbemühungen und werden ergänzt durch Mitglieder-Befragungen der Fachverbände (z. B. Scupholme, DeJoseph et al. 1995; Smith, Ross et al. 2005). Diese sind gleichzeitig darauf ausgerichtet, die Belange der Praxis im Rahmen der Wissenschaft zu bewahren. Mit dem Beitrag von Kennedy (Kennedy, Schuiling et al. 2007) aus dem Jahr 2007 wurde die letzte Veröffentlichung gefunden, die auf die Systematisierung von Forschung gerichtet ist. Im Vergleich zu der durch Individualforschung geprägten Forschungslandschaft im internationalen Raum weist die deutschsprachige Forschungslandschaft durch die an Hochschulen angesiedelten und teilweise vom Staat finanzierten Projektvorhaben ein höheres Maß an Systematisierung auf. Insgesamt betrachtet ist in der weltweiten Forschergruppe das Interesse an Untersuchungen zur Versorgung groß (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 24). Mit 36 von weltweit identifizierten 101 Studien und Projekten zu den Themenbereichen „Versorgungsorganisation“ und „Versorgungsstruktur“ stammen mehr als 1/3 aller Beiträge aus dem deutschsprachigen Forschungsraum. Anhand der geringen Datenlage ist nicht aussagekräftig abzuleiten, inwieweit die internationale Forscher-

⁶⁶ Von insgesamt 243 identifizierten Forschungsbeiträgen (Studien und Projekte) stammen aus England (UK) 47, aus Australien 29 und aus den USA 22 Veröffentlichungen.

gruppe auf die gesellschaftlichen Belange der einzelnen Länder reagiert. Für Deutschland, deren Forschergruppe wie dargelegt auf den Legitimationsdruck reagiert, ist die Konzentration auf die Bearbeitung der genannten Themenbereiche schlüssig (vgl. Tabelle 17).

Die weiterführende inhaltliche Analyse, deren Betrachtung auf das von Fischer und Kollegen (Fischer, Costazza et al. 1993) formulierte Postulat von Wissenschaft in Form der Begründungspflicht gerichtet ist, verstärkt den Eindruck von der Unreife der hebammenwissenschaftlichen Forschungskommunikation. Im Verständnis von Fischer und Kollegen ist ein ständiges Überprüfen von Methoden und Resultaten Teil des über Kommunikation darzustellenden Begründungszusammenhangs der Wissenschaft (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 32). Zwar können die diversen Untersuchungen zur Hebammenbetreuung versus differierender Modelle als Überprüfung von Resultaten vorheriger Studien verstanden werden (McLachlan H. L., Forster D. A. et al. 2008). Doch erst die Überprüfung von Studien-Endpunkten und der angewendeten Methoden ermöglicht einen Vergleich der Resultate. Die Analyse der wissenschaftlichen Beiträge verdeutlicht den Fokus der Autoren auf die Präsentationen von Forschungsergebnissen. Diese erfahren jedoch wenig Reflektion und keinen im Diskurs verfolgbaren Widerspruch aus den eigenen Reihen.

In ihren Ausführungen vertreten Fischer et al. ein konstruktivistisches Wissenschaftsbild, das sich auch auf die gesellschaftlichen Beziehungen einer Wissenschaft konzentriert (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S.193). Die Betrachtung der Kommunikation der Wissenschaft lenkt den Blick daher auch auf die Außenkontakte der Wissenschaft. In der Betrachtung der Forschungslandschaft und ihrer Auftraggeber sowie Finanziers zeigt sich für den internationalen Forschungsraum mit der großen Anzahl von Beiträgen, die der Individualforschung zugeordnet werden können, ein gewisses Maß an Eigenständigkeit in der Forschung, während sich für den deutschsprachigen Raum eine ausgeprägte Lenkungstendenz von Seiten der Gesellschaft in Form politisch unterstützter Forschungsaktivität abzeichnet. Die internationale Bearbeitung von Forschungsthemen, so

wurde bereits in den vorangegangenen Ausführungen hypothetisiert, erfolgt zwar im Hinblick auf die Gesellschaft, jedoch ohne den in Deutschland erkennbaren Legitimationsdruck. Der Rückgriff auf Außenkontakte, die für Forschungsförderung und Auftraggeber stehen (vgl. Tabelle 21 und Tabelle 22), ist dabei im Verständnis von Fischer und Kollegen nicht unbedingt als Eingrenzung der Wissenschaft zu verstehen. Auftragsforschung und die Akquise von Fördermitteln kann in ihrem Verständnis auf die strategische Nutzung der Außenkontakte der Wissenschaft hinweisen, ohne dass diese in ihrer „Verantwortung für das Ganze von Wissenschaft“ (vgl. Fischer, Costazza et al. 1993 S. 22 und S. 59; vgl. auch Weingart 2003 S. 48) beeinträchtigt wird.⁶⁷ Daher stehen Auftraggeber und Finanziere nicht gleichbedeutend für die Abhängigkeit der Wissenschaft und ihrer Forschungsanstrengungen von Außenkontakten. In diesem Verständnis kann die Forschungs-Unterstützung durch Regierungsorganisationen (GOs) als politischer Impuls gewertet werden, gesellschaftsrelevante Fragen wissenschaftlich zu erarbeiten, während industriegestützte Forschung durch sogenannte Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs) nur Erwartungsstrukturen von Partikulargruppen erfüllen. Die Forschungsförderung durch QUANGOs kann dagegen als strukturelle Kopplung gesamtgesellschaftlichen Interesses und des Interesses der wissenschaftlichen Gemeinschaft verstanden werden (vgl. Tabelle 21 und Tabelle 22).

⁶⁷ Autonomie der Wissenschaft bedeutet für Fischer und Kollegen, den eigenen Regeln in selbstbestimmter Form nachgehen zu können und zeigt sich nicht automatisch in Auftragsforschung und förderfinanzierter Forschung Fischer, R., M. Costazza, et al. (1993). *Argumentation und Entscheidung : zur Idee und Organisation von Wissenschaft*. München, Profil..

Paradigma

Die Frage nach dem Paradigma, das Kuhn als konstituierendes Element einer Wissenschaft versteht, dient als konzeptueller Rahmen der Wissenschaft, innerhalb dessen Erkenntnisprozesse strukturiert und Problemdefinitionen geliefert werden (Kuhn 1976). Gleichzeitig dient es der Legitimation der Wissenschaft in der Bearbeitung des als wissenschaftsgenuin festgelegten Problems. Die von Kuhn gedachte umfassende Bedeutung des Begriffs ist auf den kommunizierten und von der Forschergemeinschaft anerkannten Wissenskörper gerichtet, der sich in theoretischen Annahmen, explizit formulierten Gesetzen und Techniken für ihre Anwendung zeigt (Kuhn 1976).

Die Analyse legt offen, dass die grundlegenden, für Reflexion und Widerspruch (Fischer, Costazza et al. 1993) notwendigen Theorien zum Hebammenwesen im wissenschaftlichen Diskurs der Scientific Community eine untergeordnete Bedeutung einnehmen (nur 8 von insgesamt 341 identifizierten Beiträgen können dem Themenbereich „Theorieentwicklung“ zugeordnet werden). In der Datenaufbereitung zeigte sich der als problematisch wahrgenommene Wissenschafts-Praxis-Transfer (z.B. Sleep 1992; Church and Lyne 1994; Hundley, Milne et al. 2000). Dieser steht für das Problem der klinisch tätigen Hebamme, bei fehlender Theoriehinterlegung dem Denkstil der Forschergemeinschaft Folge leisten zu können. Der Mangel an Theorien unterschiedlicher Reichweite zum Hebammenwesen, die reflexionsleitend an Forschungsergebnisse angelegt werden können, sind im Verständnis von Kuhn Zeichen einer unausgereiften Wissenschaft und deuten auf das Verweilen der Forschergruppe im Habitus des Hebammenwesens hin (vgl. Kuhn 1976 S. 25). Zum anderen zeigt auch die Betrachtung der Wissensbestände unter dem Fokus des theoriegeleiteten Forschungsvorgehens, dass die weltweite Forschergemeinschaft, trotz vieler Beiträge zur Vermittlung von Forschungskompetenz (insgesamt 45 von 341 Arbeiten zum Themengebiet „Forschungsanleitung“), diesen Diskurs wie folgend aufgezeigt nur am Rande führt. Die wenigen Beiträge zu Theorien des wissenschaftlichen Vorgehens besprechen die Anwendbarkeit der aus Bezugswissenschaften stammenden Methodologien in der Hebammenforschung, wie z. B. die Grounded Theory, erfahren jedoch von der Forschergemeinschaft keine

weitere Vertiefung (vgl. Barnes 1999; Giddings Lynne and Wood Pamela 2000; Kennedy and Lowe 2001; van Teijlingen and Cheyne 2004; McCourt 2005; King 2006). Der Blick auf die deutschsprachige Forschergemeinschaft lässt zum derzeitigen Zeitpunkt keine Beteiligung am Theorie-Diskurs der Hebammenwissenschaft erkennen. Es konnte dazu keine Literatur gefunden werden.

Die Betrachtung der Forschungsbeteiligung einzelner Länder lenkt den Blick auf England, USA und Australien. Für sie lässt sich eine hohe Beteiligung der Forschungs-Community am hebammenwissenschaftlichen Diskurs im Vergleich zu anderen Ländern aufzeigen.⁶⁸ Dies wird auf das angloamerikanische Ausbildungsmodell zurückgeführt, das das Hebammenwesen unter Pflege subsumiert, seit Jahrzehnten auf akademischem Niveau angesiedelt, Forschung in die Ausbildung integriert. Die Dominanz dieser Forschergruppen, deren erkennbare medizinisch-naturwissenschaftliche⁶⁹ Prägung auf Grund der Ausbildungsmodalitäten historisch ableitbar ist, erklärt die Bedeutung quantitativer Methoden in der Hebammenwissenschaft (vgl. McCandlish and Renfrew 1991; Morten, Kohl et al. 1991). Ihre Bedeutung wird verstärkt durch den Anspruch der Gesellschaft auf Effektnachweise von Versorgungsleistungen⁷⁰, die die RCT zum Goldstandard der Forschung erheben (vgl. Price and Price 1997 S. 29; Dowswell, Renfrew et al. 2001; Kennedy and Lowe 2001 S. 91). Das in diesem Zusammenhang eruierte Vorgehen der Forschergemeinschaft in der Generierung von Endpunkten in klinischen Studien dient der Identifizierung der hebammenwissenschaftlichen Vorgehensweisen. Das Fehlen eines methodengeleiteten Vorgehens der Endpunktgenerierung kann dabei als Ausdruck der Unreife des wissenschaftlichen Vorgehens gewertet werden, das Einfluss auf die Systematisierung von Forschung und der Ergebnisverwertung nimmt.

Die im zeitlichen Verlauf zu beobachtende zunehmende Bedeutung qualitativer (Abbildung 21 und Abbildung 22) Untersuchungen in der

⁶⁸ Von insgesamt 243 identifizierten Forschungsbeiträgen (Studien und Projekte) stammen aus England (UK) 47, aus Australien 29 und aus den USA 22 Veröffentlichungen.

⁶⁹ 74 der 98 aus den USA, UK und Australien stammenden Forschungsarbeiten sind quantitativ ausgerichtet.

⁷⁰ Bei 32 der aus USA, UK und Australien stammenden 74 Studien handelt es sich um RCTs

Hebammenwissenschaft zeigt die Weiterentwicklung der Denkgemeinschaft im Hinblick auf die Nutzung heterogener Theorieansätze zur Bearbeitung des sich in Entwicklung befindlichen Gegenstandes der Hebammenwissenschaft. Noch geleitet von den Ansprüchen der Gesellschaft und dem Bedürfnis der Profilbildung dominieren Untersuchungen zur Versorgung, wie es die Betrachtung der Themenbereiche im zeitlichen Verlauf aufzeigt (vgl. Abbildung 28 und Abbildung 29). Zunehmend zeigt sich aber das Interesse der Forschergemeinschaft an Themen abseits gesellschaftlicher Forderungen. Der sich neu herausbildende Fokus liegt dabei auf Untersuchungen zu den Belangen der Berufsgruppe der Hebammen, wie es z. B. Untersuchungen zur „Ausbildungsforschung“ oder auch „Einstellungen und Haltungen von Hebammen“ aufzeigen (Abbildung 27 und Abbildung 25). Die Manifestation der Vorstellung von einer Wissenschaft für die Praxis zeigt sich dabei u. a. im Einbezug der Hebammen-Perspektive, die nach dem Nutzen von Forschung für die einzelne Hebamme fragt (16 von 341 Beiträgen zum Themenbereich „Forschung und Bedeutung für das Hebammenwesen“).

Die Betrachtung der in der Hebammenwissenschaft eingesetzten Erhebungsmethoden verdeutlicht, dass Hebammenforschung zum derzeitigen Stand möglich ist unter Nutzung des von Bezugswissenschaften zur Verfügung gestellten Methodenportfolios, ohne auf eigene Methoden zurückzugreifen (vgl. Tabelle 23 und Tabelle 24). Der Blick auf Veröffentlichungen zur Instrumentenentwicklung von Seiten der weltweiten Forschercommunity zeigt jedoch auf, dass sich die Community der Bedeutung spezifischer Instrumente zur Einschätzung von Befunden bewusst ist (20 von 341 Beiträgen).

Die methodisch geleitete Analyse der bisher geleisteten Forschungspraxis und deren Reflexion ermöglicht eine zusammenfassende Betrachtung des Entwicklungsstandes der Hebammenwissenschaft, trotz unterschiedlicher Entwicklungsverläufe für den deutschsprachigen sowie internationalen Raum. Die anhand der Wissensbestände durchgeführte Reifediagnostik, mit Fokus auf die Grundthemen Denkstilgemeinschaft, Paradigma und Kommunikation, verdeutlicht dabei, dass es sich bei der

Hebammenwissenschaft im Verständnis von Kuhn (Kuhn 1976) um eine Vor-Wissenschaft handelt. Ausgehend von den Beobachtungen über Herkunft und Bedingungen der Forschergruppe und ihre Gemeinschaftsstruktur, kann die Entwicklung eines hebammenwissenschaftlichen Denkstilkollektivs nachgezeichnet werden. Die deutlich sichtbaren Anzeichen der Unreife der wissenschaftlichen Kommunikation sowie das Fehlen eines konsentierten Paradigmas lassen darauf schließen, dass die Hebammenwissenschaft sich in einem vor-paradigmatischem und damit vor-wissenschaftlichem Zustand befindet und sich hauptsächlich über den Forschungsvollzug konstituiert. Die sich am Rande zeigende Auseinandersetzung mit Theorie- und Instrumentenentwicklung, sowie die Weiterentwicklung der Themenbereiche und damit des Forschungsgegenstandes, werden als Zeichen des Heranreifens der Hebammenwissenschaft gewertet.

11. Methodenreichweitendiskussion

Die Methodendiskussion dient der abschließenden Betrachtung des methodischen Vorgehens der vorliegenden Arbeit. Die einzelnen Teile des Vorgehens werden dabei selbstkritisch reflektiert.

Das Verfahren:

Die Entscheidung, die Hebammenwissenschaft vor dem Hintergrund etablierter wissenschaftssoziologischer Theorien anhand ihrer publizierten Wissensbestände zu rekonstruieren, erfolgte auf Grund der Hypothese, dass für die Hebammenwissenschaft keine metatheoretischen Beschreibungen vorliegen. Daher bedurfte es der Auswahl eines literaturanalytischen Verfahrens, mit dessen Hilfe große Datenmengen zum einen kontrolliert und zum anderen qualitätsgesichert der Analyse zugeführt werden können. Die Entscheidung fiel auf ein aus der EbcP stammendem Verfahren, dessen Anwendung eine Auswahlentscheidung der als relevant eingeschätzten Publikationen aus dem Wissensbestand der Hebammenwissenschaft ermöglichte und so die Diskursrekonstruktion gestattete. Gleichzeitig erlaubte das Verfahren der Hypothese fehlenden theoretischen Beschreibungen der Hebammenwissenschaft nachzugehen. Die so anhand der methodischen Vorgaben der Cochrane Collaboration erstellte Datenanalyse diente dabei der Ordnung der identifizierten Wissensbestände, die als Grundlage des Diskurses der Forschergemeinde dient.

Mit der Auswahl des Verfahrens ist es gelungen, eine Methode einzusetzen, deren Stärke im rekonstruktiven Vorgehen zu sehen ist und die zudem die Darstellung der Feldwirklichkeit kriterienorientiert und unabhängig von der Person des Reviewers erlaubt. Dies wird unterstrichen durch die Entwicklung einer Systematik von orthogonal miteinander verknüpften Theorien aus dem Bereich der Wissenschafts- bzw. Wissenssoziologie, die die Zuführung der Diskursbeiträge zur Analyse leitete. Das so entstandene Analyseraster gestattete die hochtransparente Darstellung des Diskurses anhand einer objektiven kriterialen Systematik.

Die generelle Schwäche von Review-Ergebnispräsentationen, die sich zumeist in der heuristischen Interpretation der Analyseergebnisse zeigt, konnte in dieser Arbeit überwunden werden, indem die Interpretation wiederum theoriegeleitet anhand der für die Entwicklung des Analyseinstrumentes genutzten Theorien erfolgte. Die systematische Herleitung der Interpretation garantiert so nachvollziehbare Ergebnisse.

Die Recherche

Zur Beantwortung der Forschungsfrage nach der Einschätzung des Reifegrades der Hebammenwissenschaft als Wissenschaft, wurde sich auf die Untersuchung der Wissensbestände konzentriert. Insgesamt wurden 1289 Beiträge untersucht, von denen 341 der Analyse zugeführt wurden. Dabei stehen 251 internationale Beiträge, 90 deutschsprachigen Beiträgen gegenüber. Die ungleiche Verteilung ist Teil des Ergebnisses und wurde als solches gewertet. Um spekulative Aussagen und Interpretationen zu vermeiden, erfolgte daher in der Auswertung der Hinweis auf die geringe Datenmenge an den entsprechenden Stellen. Diesem Umstand muss beim Lesen der Interpretation Rechnung getragen werden.

Die systematische Recherche setzt eine begründete Auswahl der Datenbanken voraus, die sich u. a. aus ihren unterschiedlich gelisteten Zeitschriftenbeständen herleitet. Um der Gefahr einer möglichen Verschiebung von Beiträgen zu Gunsten von Studien bzw. von quantitativen Forschungsansätzen durch Verwendung der Cochrane Datenbanken entgegen zu wirken, die für ihre klinischen Inhalte bekannt sind, wurde ergänzend in den Datenbanken MIDIRS und CINAHL gesucht sowie eine Handrecherche durchgeführt. Die Bestimmung der Suchstrategie war dabei nicht ausgerichtet, den gesamten Wissensbestand der Hebammenwissenschaft zu untersuchen, sondern diente der Rekonstruktion des Diskurses mit Hilfe der als abstrakt normativ gesetzten Suchbegriffe. Um zu vermeiden, dass auf Grund der Verwendung des englischsprachigen Suchbegriffes „Science“ mehr Beiträge mit naturwissenschaftlicher Ausrichtung erhoben werden, erfolgte ergänzend die Anwendung des Suchbegriffes „Research“. Dieses Vorgehen begründet sich in der englischsprachigen Sprach-Tradition, die den Begriff Science

eher den Naturwissenschaften und damit der quantitativen Forschung zuordnet.

Der Entschluss auf populärwissenschaftliche Beiträge zu verzichten, liegt darin begründet, dass Artikel aus Fachzeitschriften, die dem Peer-Reviewverfahren unterliegen, sich für eine hohe Qualität des der Community zu Verfügung gestellten Wissens verantwortlich zeigen. Im Verlauf der systematischen Recherche zeigte sich jedoch, dass die deutschsprachige Community noch zu einem großen Teil in den, als populärwissenschaftlich eingeschätzten Verbandszeitsungen, publiziert. Zwar erbrachte die Durchsicht der Publikationslisten der genannten Forschungsstandorte auch aus populärwissenschaftlichen Zeitschriften keine bedeutsamen Treffer, für eine weitergehende Untersuchung wird jedoch empfohlen, diesen spezifischen Diskurs nochmals gesondert aufzugreifen.

Das Analyseinstrument

In Anlehnung an die Vorgaben der Cochrane Collaboration erfolgte die Entwicklung eines Analyseinstrumentes, um die Datenmenge der Auswertung zuführen zu können. Die Entwicklung der bereits unter dem Stichpunkt „Verfahren“ beschriebenen, theoriegestützten kriterialen Systematik, implizierte die Auseinandersetzung mit zu erwartenden Analyseschwierigkeiten im Vorfeld. Im Auswertungsverlauf zeigte sich jedoch, dass nicht alle Schwierigkeiten im Vorfeld vollständig erfasst werden konnten. Um den Einfluss der darin begründeten möglichen Bias zu minimieren, erfolgte daher im Rechercheverlauf nach Möglichkeit eine ergänzende Handrecherche.

Im Folgenden werden die aufgetretenen Probleme bei der Erhebung einzelner Kriterien aufgeführt. Ihr Auftreten wurde zudem als wichtige Erkenntnis des Rechercheprozesses gewertet und floss in die Ergebnisdarstellung mit ein.

Tabelle 25 Unvorhergesehene Analyseschwierigkeiten / Interpretationsfolie

Nr.	Kriterium	Kriteriums-Beschreibung und im Vorfeld nicht identifizierte Analyseschwierigkeiten
3.	<u>Publi-</u> <u>kationstitel</u>	<p><u>Beschreibung:</u> Kein Kriterium, sondern Ordnungssystem</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>In deutschsprachigen Datenbanken recherchierte Publikationstitel scheinen nicht den offiziellen Publikationstiteln zu entsprechen. Dies hat Auswirkung auf das Auffinden der entsprechenden Original-Beiträge in der Handrecherche.</p> <p>Beispiele</p> <p><i>„Karin Bergstermann hat zum Umgang mit dem Babyschlaf vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis heute recherchiert“ (Bergstermann 2010)</i></p>
5.	Abschluss	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung nicht abgeschlossener Projekte und Studien.</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>Da die Publikationen der aus dem deutschsprachigen Raum stammenden Projekte teilweise nur unvollständige Angaben enthalten, erfolgt per Handrecherche die Überprüfung der fehlenden Items. Dabei erschwert die Präsentation von Projektergebnissen per Poster unter abweichenden Titeln und Autorenangaben die Zuordnung zu offiziellen Projekten. Erhobene Angaben aus der sekundären Literatur werden daher nur ergänzt, wenn diese eindeutig zuordenbar sind.</p> <p>Beispiel:</p> <p><i>Projekt: Effektivität der Beratung zur Jodsubstitution bei Schwangeren"</i></p> <p><i>Posterpräsentation: „Jodversorgung in der</i></p>

Nr.	Kriterium	Kriteriums-Beschreibung und im Vorfeld nicht identifizierte Analyseschwierigkeiten
		<i>Schwangerschaft und Jodgehalt von Lebensmitteln - Beratungs- und Wissensdefizite“</i>
6.	Forschungsansatz	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Trends in der Forschung.</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>Nicht jede Publikation enthält dezidierte Angaben zum quantitativen oder qualitativen Forschungsansatz.</p>
7.	Studientyp	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Herangehensweisen (Studiendesign oder auch Studientyp), die die Wissenschaftsgemeinschaft in der Forschung präferiert.</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>Nicht jede Publikation enthält dezidierte Angaben, so dass auf Grund ergänzender Publikationsangaben auf den Studientyp geschlossen werden muss.</p>
8.	Studienbeschreibung	<p><u>Beschreibung:</u> Das Kriterium dient der Erfassung von Textangaben, die eine explizite Beschreibung der Studie vornehmen.</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>Die heterogene Verwendung der Begrifflichkeiten lässt kein Clustern zu.</p>
12	Endpunkte beschrieben	<p><u>Beschreibung:</u> Ordnungssystem und Kriterium zur Erfassung dezidierter Angaben zu klinischen Endpunkten.</p> <p><u>Analyseschwierigkeit:</u></p> <p>Erschwerte Synonymidentifikation des Begriffs „Endpunkt“ auf Grund der heterogenen Verwendung</p>

Um mögliche Auswertungsbias zu vermeiden, bedurfte es zum einen des Rückgriffs auf die Betrachtung ergänzender Kriterien sowie auf die Kontrollfunktion der Peer-Gruppe. Dieses Vorgehen diene der Qualitätssicherung der Gesamtergebnisse und war wesentlicher Teil der Analyse.

Interpretation

Die systematische Herleitung der theoriegeleiteten Interpretation garantiert hochwertige und transparente wissenschaftliche Aussagen auf Grund der nachvollziehbaren und sinnhaften Ergebnisse. Für die drei Diskursthemen Denkstilgemeinschaft, Paradigma und Kommunikation konnte anhand der Untersuchung der Wissensbestände eine abschließende Einschätzung vorgenommen werden.

Im Gesamtergebnis ist das Vorgehen zur Einschätzung des Reifegrades der Hebammenwissenschaft als gelungen zu bezeichnen. Dabei ist die Entwicklung des theoriegestützten Analyserasters, sowie die Rückführung des Datenmaterials auf das Theoriesystem als grundlegend für die Arbeit zu bezeichnen und führt zu einer qualitativen Weiterentwicklung der „Reviewtechnik“ durch die qualitätsgesicherte, weil theoriegeleitete, Interpretation.

12. Perspektiven möglicher wissenschaftlicher Beiträge zur Unterstützung des Konstituierungsprozesses

Das Dilemma des Konstituierungsprozesses der Hebammenwissenschaft liegt begründet in ihrer widersprüchlich erscheinenden Wirklichkeit. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht das Spannungsfeld von Evidenzbasierung und Phänomenologie in dem sie sich bewegt. Ihr Rückgriff auf empirisch-analytische und phänomenologisch-hermeneutische Erkenntnisprozesse erklärt daher, warum ihr Konstituierungsprozess nicht über die Dichotomie von sogenannter „harter“ und „weicher“ Wissenschaft⁷¹ gelingen kann.

Im Lauf der vorliegenden Arbeit kristallisiert sich das Verständnis der Forschergemeinschaft von einer Wissenschaft zur Unterstützung der Hebammen-Praxis im Sinne einer angewandten Wissenschaft⁷² heraus. In der dem professionellen Handeln⁷³ unterlegten widersprüchlichen Einheit von universaler Regelanwendung medizinisch-naturwissenschaftlich begründetem Wissen und denkstilgebundenem Fallverstehen klinisch arbeitender Hebammen liegt begründet, warum die Hebammenwissenschaft weder eine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung erfahren, noch das tradierte Wissen des Hebammenwesens verlieren darf. Zur Unterstützung des Wissenschaft-Praxis-Transfers bedarf es der Offenlegung des Denkstils der Forschergemeinschaft sowie der theoretischen Grundlagen ihres wissenschaftlichen Handelns. Neben der Entwicklung von Theorien unterschiedlicher Reichweite über das Hebammenwesen, die der Reflexion und Evaluation von Forschungsergebnissen dienen (Woodward 2000) sowie dem Verständnis

⁷¹ Die Begriffe „hart“ bzw. „weich“ im Bezug zur Wissenschaft beziehen sich auf die Trennung von Naturwissenschaften versus Geistes- und Sozialwissenschaften.

⁷² Der Begriff dient der Unterscheidung zu ausschließlich theoretischen Wissenschaften und verweist auf den Praxisbezug einer Wissenschaft.

⁷³ In Anlehnung an den handlungsorientierten Professionsansatz nach Oevermann Vgl. Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, Mabuse-Verl. **Frankfurt am Main**, Siebolds, M. (2000). "Bedeutung der Professionalitätstheorie für die Profilbildung der Hausärzteschaft." Der Hausarzt Nr. 10 und 11.

über die eigene Profession, bedarf es der Darlegung des theoretischen Hebammenwissenschaftlichen Vorgehens, als Merkmal einer reifen Wissenschaft. Eine solchermaßen geforderte⁷⁴ theoretische Grundlegung des Hebammenwissenschaftlichen Handelns muss dabei heterogene Denkansätze in sich vereinen, um wiederum dem Anspruch der Hebammenwissenschaft an Evidenzbasierung und Phänomenologie gerecht zu werden. Als drei wesentliche Eckpunkte der Wissenschaftstheoriekonstruktion können die in dieser Arbeit generierten Fokusthemen dienen. Sie gewährleisten die Integration der für Wissenschaft bedeutsamen Themenbereiche in ein theoretisches Rahmengerüst, indem sie den Blick auf die Forschergemeinschaft (Denkstilgemeinschaft), den konzeptuellen Rahmen der Wissenschaft (Paradigma) und das Wissensmanagement (Kommunikation) lenken. Die Beachtung der Entstehung historischer Denkgebäude (Denkstile) gestattet die Integration der Beachtung von Denkstilveränderungen der Forschergemeinschaft aber auch der Nutzergruppe. Wie wesentlich seine Beachtung für die Hebammenwissenschaft ist, zeigt sich am aktuellen Beispiel Deutschlands. Hier ist zu erkennen, wie das auf Grund der Versicherungsproblematik ins Wanken geratene Ordnungssystem der praktisch arbeitenden Hebamme, die sich ihrer, über den sozialhistorisch gewachsenen Habitus herausgebildeten Kernidentität „Geburt“, beraubt sieht, Einfluss auf die Wissenschaft nehmen wird. Die Betrachtung der Korrelation von Nutzergruppe und Wissenschaft muss daher ebenso Teil eines solchen theoretischen Rahmenwerks sein, wie die Betrachtung der Korrelation der Forschergruppe mit ihrer eigenen Berufsrolle.

Auch die Auseinandersetzung mit der Bedeutung definierter Regeln und Methoden als Zeichen der Wissenschaftlichkeit ist unabdingbar für die Unterstützung des Konstituierungsprozesses. Die Sicherstellung der Richtigkeit der von Seiten der Forschergemeinschaft erbrachten Forschungsergebnisse anhand definierter Regeln und Methoden ist existentiell für die Wissenschaft und in der Folge auch für die Gesellschaft.

⁷⁴ Die historische Betrachtung der Entwicklung von Wissenschaften zeigt auf, dass alle sich neu entwickelnden Wissenschaften dem Druck der Legitimation über die Herleitung ihres wissenschaftlichen Vorgehens unterliegen. Dies geschieht im Gegensatz zu Wissenschaften, deren wissenschaftlicher Status nicht in Frage gestellt wird, wie z. B. die Medizin

Die Medizinhistorie zeigt beispielsweise die verheerende Auswirkung falsch gewählter Endpunkte in klinischen Studien und die darauf aufbauende falsche Interpretation von Studienergebnissen (vgl. Mühlhauser and Berger 1996; Turk, Dworkin et al. 2008; Ohmann 2010). So könnte ein möglicher Methodenbeitrag im Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft auf die Entwicklung einer Methode zur Generierung spezifischer Endpunkte hebammenwissenschaftlicher Studien ausgerichtet sein. Eine solche Methode, die dem internationalen Anspruch an Standardisierung und Harmonisierung der Endpunktgenerierung gerecht wird (Ohmann 2010), würde zur Gewährleistung einer herausragenden Qualität hebammenwissenschaftlicher Studien beitragen. Ein solcher Beitrag aus den Reihen der Hebammenwissenschaft könnte angrenzenden Disziplinen, wie z. B. der Medizin oder der Pflegewissenschaft, zur Verfügung gestellt werden.

Im Verlauf der perspektivischen Betrachtung wird deutlich, wie wichtig die Nachwuchsförderung von Hebammenwissenschaftlerinnen für die Unterstützung des Konstituierungsprozesses der Hebammenwissenschaft ist. Dabei wird die Ausweitung der Forschungspraxis sowie von Hochschulstandorten für primärqualifizierende Studiengänge des Hebammenwesens aller Wahrscheinlichkeit nach nicht den Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft unterstützen. Vielmehr fehlt es, zumindest im deutschsprachigen Raum, an hebammenwissenschaftlichen Studiengängen, die über Nachwuchsförderung von Wissenschaftlerinnen die Herausbildung eines anerkannten Wissenskorpus, entsprechender Forschungsmethoden und paradigmatischer Problemlösungen ermöglicht (vgl. Stichweh 1984). Die ersten hebammenwissenschaftlichen Studiengänge an der MH-Hannover und der Katholischen Hochschule Köln sind Zeichen für die beginnende institutionelle Verortung der Hebammenwissenschaft in Deutschland. Für den internationalen Raum zeigt die den Publikationsangaben zu entnehmende Zuordnung der Autoren zu einer „Science in Midwifery“ bzw. „Science of Midwifery“ auf eine sprachliche Differenzierung hin, die als Hinweis auf die Unterschiedsbildung der einzelnen Studiengängen in „Hebammen-Studiengänge“ bzw. „hebammenwissenschaftlichen Studiengänge“ gewertet werden. Weiterführende Arbeiten sollten daher die Betrachtung

des Verlaufs der institutionellen Verortung der Hebammenwissenschaft aus internationaler und deutschsprachiger Perspektive in den Blick nehmen und diese im Hinblick auf den Konstituierungsprozess der Hebammenwissenschaft analysieren.

13. Literaturverzeichnis

13.1. Gesamtverzeichnis (1386)

unbekannte Autoren

1. Clinical trials of different concentrations of oxygen and nitrous oxide for obstetric analgesia. Report to the Medical Research Council of the Committee on Nitrous Oxide and Oxygen Analgesia in Midwifery. Br Med J, 1970. 1(5698): p. 709-13.
2. Predicting child abuse. Br Med J, 1977. 1(6072): p. 1349-50.
3. Major study adopted: RNABC moves on midwifery. RNABC News, 1979. 11(5): p. 20-1.
4. Theaitet in Platon F.S.-R.u.N.v.R. Thurow, Editor 1979, Insel-Verlag: Frankfurt am Main.
5. The use of nurse-midwives to reduce the atrocious infant morbidity and mortality rates of the poor. Health Law Proj Libr Bull, 1980. 5(11): p. 320, 348.
6. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers (Hebammengesetz - HebG) 1985.
7. Prenatal care: a comparative evaluation of nurse-midwives and family physicians. CMAJ, 1989. 140(2): p. 107, 110-1.
8. Prevention in perinatal nursing. Birth Defects Orig Artic Ser, 1991. 27(3): p. 1-108.
9. NCT questionnaire. Midwives Chron, 1991. 104(1240): p. 146-7.
10. Strategic thinking. The Royal College of Nursing Research Advisory Group, in Nurs Stand 1993. p. 22-4.
11. International Code of Ethics for Midwives. Jordemodern, 1993. 106(eng).
12. The art and science of midwifery gives birth to a better future 26 - 30 May 1996, Oslo. Proceedings / The International Confederation of Midwives ... international congress ; 24. Vol. London. 1996: International Confederation of Midwives.
13. Poster session V. Am J Obstet Gynecol, 1996. 174(1, Part 2): p. 461-492.
14. Practice profile of members of the American College of Nurse-Midwives. Findings of a direct mail survey. J Nurse Midwifery, 1997. 42(4): p. 355-63.
15. Poster session II: Antepartum Fetal Testing Operative Obstetrics Doppler Placental Physiology. Am J Obstet Gynecol, 1998. 178(1, Part 2): p. S67-S101.
16. Poster session IV: Friday, February 22, 1999 3:30 pm – 5:30 pm. Am J Obstet Gynecol, 1999. 180(1, Supplement 1): p. S123-S152.
17. Malaria in der Schwangerschaft. Dr. Martina Bongartz erläutert den Stand der Malariaforschung, in Deutsche Hebammenzeitschrift 2001.
18. Lieblingsmusik wirkt wie eine Liebesnacht. Parodontose durch frühes Rauchen. Geburtshilfe gehört in die Hand von Hebammen. Großes Hebammen-Verzeichnis Alzheimer-Forscher: Protein blockiert Hirnsignale. Krankheitskosten steuerlich absetzen. Plötzlicher Kindstod: zuviel Wärme in der Nacht gefährlich. Neuer Ratgeber: Ehe ohne Trauschein. Johanniskraut nach Alkoholentzug. Kinder liebevoll durch Krankheiten begleiten. Erstes Montessori-Gymnasium in Bayern. Erst schwarzes Haar,

- nun rotes Gesicht. Heilwirkungen des Knoblauchs dokumentiert, in Natur&Heilen2001.
19. Recognizing nursing's independent license: prescriptive authority for APNs. Mich Nurse, 2001. 74(3): p. suppl 13-4.
 20. From the editor. MIDIRS Midwifery Digest, 2001. 11(4): p. 439-440.
 21. Poster session III. Am J Obstet Gynecol, 2001. 184(1): p. S97-S127.
 22. Parkland performs: advanced practice nurses as clinicians, administrators and leaders. Excellence in Clinical Practice, 2003. 4(1): p. 3-5.
 23. Pflege- und Hebammenforschung wird ministeriell gefördert, in Brennpunkt Gesundheit2004.
 24. Daten und Fakten für die Praxis. Deutsche Hebammenzeitschrift 2004(7): p. 10-11.
 25. Bundesbildungsministerium fördert Pflege- und Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück, in Pflegekompetenz, Ethik, Persönlichkeit2005.
 26. Childbirth: more women choosing midwives. Nursing, 2006. 36(8): p. 35-35.
 27. Saving mothers' lives - reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003-2005. Vol. London. 2007: CEMACH.
 28. Hebammenkunde studieren, in Deutsche Hebammenzeitschrift2008.
 29. Fernstudium in Midwifery. Beate Ramsayer, Dr. Mechthild M. Groß und Prof. Dr. Valerie Fleming zeigen auf, wie Hebammen durch ein Fernstudium in Midwifery an der Glasgow Caledonian Universität in Schottland einen Bachelor- oder Masterabschluss erlangen können. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2008. -(de).
 30. Hebammen im Hörsaal. Geburtshilfe als neuer Studiengang an der Fachhochschule. Osnabrücker Zeitung (OZ), 2008.11.25: p. S. 14.
 31. Labor and delivery. Journal of Perinatal Medicine, 2009. 37(s1): p. 655-721.
 32. Unions set up joint research academy. Independent Nurse, 2009: p. 11-11.
 33. Emotions in midwifery and reproduction. Vol. Basingstoke [u.a.]. 2009: Palgrave Macmillan.
 34. Evidence based midwifery - applications in context, 2010, Wiley-Blackwell.
 35. Handbuch Pflegewissenschaft. Vol. Weinheim [u.a.]. 2011: Juventa-Verl.
 36. 59th WMA General Assembly, WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2008: Seoul.

Autoren in alphabetischer Reihenfolge

37. Aaronson, L.S., Nurse-midwives and obstetricians: alternative models of care and client "fit". Res Nurs Health, 1987. 10(4): p. 217-26.
38. Abrahams, N., R. Jewkes, and Z. Mvo, Health care-seeking practices of pregnant women and the role of the midwife in Cape Town, South Africa. J Midwifery Womens Health, 2001. 46(4): p. 240-7.
39. Achner, H., Ärzte in der Antike, 2009, von Zabern.
40. Albers, L.L. and P.A. Murphy, Evaluation of research studies. Part III: Statistical significance testing. J Nurse Midwifery, 1993. 38(1): p. 51-3.
41. Albrecht, M., et al., Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Hebammenhilfe, B.f. Gesundheit, Editor 2012, IGES

- Institut GmbH Friedrichstraße 180, 10117 Berlin Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de.
42. Alexander, J., Debriefing and the prevention of post traumatic stress disorder in postnatal women, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
 43. Allotey, J., The use of the ischial spines to determine descent of the fetus ... a hazardous practice?, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
 44. Amberg, S., Hebammenordnungen in deutschen Städten um 1500, 2010, GRIN Verlag.
 45. Amelink-Verburg, M.P., M.E.B. Rijnders, and S.E. Buitendijk, A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. BJOG, 2009. 116(TNO Quality of Life, Netherlands Organisation for Applied Scientific Research TNO, Leiden, the Netherlands. marianne.amelink@planet.nl).
 46. Ament, L.A., Anticardiolipin antibodies. A review of the literature. J Nurse Midwifery, 1994. 39(1): p. 19-24.
 47. Ament, L.A. and L. Hanson, A model for the future. Certified nurse-midwives replace residents and house staff in hospitals. Nurs Health Care Perspect, 1998. 19(1): p. 26-33.
 48. Anderheim, L., et al., Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial. Reprod Biomed Online, 2007. 14(3): p. 279-87.
 49. Anderson, C. Proposal for an international midwifery in ICM 24th Triennale Congress. 1996. Oslo.
 50. Anderson, G., Examining the extent to which Swanson's theory of caring and Carper's ways of knowing can be identified in the process of midwife-led care. RCM Midwives, 2002. 5(10): p. 340-4.
 51. Anderson, G., Students as valuable but vulnerable participants in research: getting the balance right using a feminist approach and focus group interviews. Evidence Based Midwifery, 2011. 9(1): p. 30-4.
 52. Anderson, T., A survey of the influence of patients' choice on the increase in the caesarean section rate: commentary, in MIDIRS Midwifery Digest2001. p. pp 368-370.
 53. Andersson, C., [A great maternity hospital with individualized care and documentation via a care plan for every mother/child. Where? Karlstad BB]. Jordemodern, 1990. 103(11): p. 386-90.
 54. Andrews, C.M., Women for women's health: Uganda. Nurs Outlook, 1996. 44(3): p. 141-5.
 55. Andrews, C.M. and C.E. Davis, Nurse-midwifery education. Annu Rev Nurs Res, 1993. 11: p. 185-202.
 56. Andrews, S., Coping with the sexual health interview. J Nurse Midwifery, 1988. 33(6): p. 269-73.
 57. Andrews, S., A framework for evaluation of scientific research papers. RCM Midwives, 2006. 9(8): p. 306-9.
 58. Angelini, D.J., Obstetric triage and advanced practice nursing. J Perinat Neonatal Nurs, 2000. 13(4): p. 1-12.
 59. Anthony, S., et al., Maternal factors and the probability of a planned home birth. BJOG, 2005. 112(6): p. 748-53.
 60. Arabin, B., et al., Two types of health care systems and their influence on the introduction of perinatal care: an epidemiological twin model in Berlin

- from 1950 to 1990. *Matern Child Health J*, 1999. 3(2): p. 81-91.
61. Arbon, P., et al., The reality of multiple casualty triage: putting triage theory into practice at the scene of multiple casualty vehicular accidents. *Emerg Med J*, 2008. 25(4): p. 230-4.
62. Ashcroft, J., Rising to the challenge. Scope of practice. *Nurs Times*, 1992. 88(37): p. 30.
63. Attard Montalto, S., et al., Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta. 2010(1532-3099 (Electronic)).
64. Aung Phyu, P., et al. Lipid-lowering for peripheral arterial disease of the lower limb. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD000123.pub2.
65. Avci, I.A., et al., The problems encountered by midwives during breast self-examination training. *Eur J Oncol Nurs*, 2008. 12(4): p. 329-33.
66. Averbek-Holocher, M., Die Eltern-Säugling-Beziehung - ein störanfälliges System. Dr. stellt ein Therapiekonzept vor das auf den neusten Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung basiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2002.
67. Avery, M.D., Diabetes in pregnancy: the midwifery role in management. *J Midwifery Womens Health*, 2000. 45(6): p. 472-80.
68. Avery, M.D., The history and evolution of the Core Competencies for basic midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*, 2005. 50(2): p. 102-7.
69. Avery, M.D., B.A. Cohen, and J.D. Walker, Evaluation of an online graduate nursing curriculum: examining standards of quality. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 2008. 5: p. Article 44.
70. Avery, M.D. and M.A. Rossi, Gestational diabetes. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(2 Suppl): p. 9S-19S.
71. Ayerle, G., Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und ausserklinischen Kontext. , in *Schweizer Hebamme* 2008. p. 6-11.
72. Ayerle, G.M. and M.M. Groß, Psychometrische Erfassung der Konstrukte Subjektives Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft, in *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2010.
73. Ayerle, G.M., et al., Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2008. 212(05): p. 176,182.
74. Ayerle, G.M., et al., Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt, in *Z Geburtshilfe Neonatol* 2008. p. 176,182.
75. Bacchu, L., G. Mezey, and S. Bewley, Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG*, 2002. 109(1): p. 9-16.
76. Baillie, H. and A. Broadley, Developing a skills-based study programme. *Nurs Stand*, 1997. 11(45): p. 46-8.
77. Bang, A.T., et al. Management of birth asphyxia in home deliveries in rural Gadchiroli: the effect of two types of birth attendants and of resuscitating with mouth-to-mouth, tube-mask or bag-mask (Structured abstract). *Journal of Perinatology*, 2005. S82-s91.
78. Barnard, A.G. and M. Sinclair, Spectators & spectacles: nurses, midwives and visibility. *J Adv Nurs*, 2006. 55(5): p. 578-86.
79. Barnes, M., Research in midwifery--the relevance of a feminist theoretical framework. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1999. 12(2): p. 6-10.

80. Barton, E., Maternal and child health in the 1950s and 1960s. World Health Forum, 1998. 19(4): p. 436-40.
81. Bashour, H.N., et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. Public Health Nurs, 2008. 115-25.
82. Bastani, F., et al., Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. J Perinat Neonatal Nurs, 2006. 20(2): p. 138-46.
83. Battersby, S. and R. Deery, Midwifery and research. Comparable skills in listening and the use of language. Pract Midwife, 2001. 4(9): p. 24-5.
84. Battersby, S. and A.M. Thomson, Community midwives' and general practitioners' perspectives, of antenatal care in the community. Midwifery, 1997. 13(2): p. 92-9.
85. Bauer, N., Sayn- Wittgenstein, F. zu, "Gesundheitsförderung im Geburtsprozess"- Der Verbund Hebammenforschung. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2005. 8: p. 55-58.
86. Bauer, N., The First Midwife-led Unit in Germany – Outcomes of a Clinical Trial Comparing Midwife-led Care and Obstetrician-managed Care for Low-risk Women. , in Normal Labour and Birth: 4th Research Conference Normalising Childbirth through Authentic Collaboration 2009: Grange Over Sands, Cumbria, UK. p. S. 16-17.
87. Bauer, N., Outcomes of a clinical trial comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women in Germany. , in 9th World Congress of Perinatal Medicine 24.-28.Oktober 2009 2009, Journal of Perinatal Medicine: Berlin. p. S. 715.
88. Bauer, N., A. Kehrbach, and F.z. Sayn- Wittgenstein, Exploring a new concept of clinical midwifery care in Germany. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2006. 19(s1): p. 1-148.
89. Bauer, N., R. Palm, and F.z. Sayn- Wittgenstein, Harninkontinenz- (k)ein Tabu? Hebammenforum 2006. 7: p. 536-539.
90. Bauer, N. and F.z. Sayn- Wittgenstein, Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal" - Abschlussbericht der Teilprojekte der Fachhochschule Osnabrück ; zum Förderschwerpunkt Angewandte Pflegeforschung ; Verbund Hebammenforschung ; Projektlaufzeit: 01.02.2004 - 30.04.2007, 2007.
91. Bauer, N. and F.z. Sayn- Wittgenstein, Hebammenkreißsaal: Natürliche Geburt in sicherer Umgebung. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), 2007(11-12).
92. Bauer, N., F.z. Sayn- Wittgenstein, and R. Schäfers, Women's views on intrapartum care in Germany. Journal of Perinatal Medicine, 2007. 35(Supplement II): p. 173.
93. Bauer, N., F.z. Sayn- Wittgenstein, and R. Schäfers, Comparison of midwife- led care and obstetrician- managed care for low- risk women in Germany. Journal of Perinatal Medicine 2007. 35(Supplement II): p. 115-116.
94. Bauer, N., F. Sayn-Wittgenstein, and R. Schäfers, Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal - Einbezug der Frauen in Entscheidungsprozesse während der Geburt und die Bedeutung des

- Reflektionsgespräch nach der Geburt. Geburtsh Frauenheilk, 2007. 67(02): p. PO_10.
95. Bauer, N. and F.z. Sayn-Wittgenstein, The German multicenter trial midwife-led unit, in 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28.Oktober 2009,2009, Journal of Perinatal Medicine: Berlin. p. S. 714.
 96. Bauer, N. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Which Concepts of Care for Childbearing Women Help to Promote Normality in Birth? Aspects of the German Multi-centre Study Midwife-led Care. , in Normal Labour and Birth: 4th Research Conference Normalising Childbirth through Authentic Collaboration Collated Abstracts,10.-12.Juni 2009, 2009: Grange Over Sands, Cumbria, UK,. p. S. 17 -19.
 97. Bauer, N. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. AKF-Info 2009. 10/2009: p. S. 10-11.
 98. Bauer, N., F.z. Sayn-Wittgenstein, and R. Schaefers, Women's views on intrapartum care in Germany., in International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.20082008, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer. . Glasgow. p. S. 332.
 99. Bauer, N. and F.z.H. Sayn-Wittgenstein, Handbuch Hebammenkreißsaal - von der Idee zur Umsetzung, 2007, Verb. Hebammenforschung, Fachhochsch., Fak. Wirtschafts- und Sozialwiss.
 100. Bauer, N. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Nicola Bauer, Prof. Dr. Friedericke zu Sayn-Wittgenstein über ein Osnabrücker Forschungsprojekt zum Hebammenkreißsaal, in Deutsche Hebammenzeitschrift2005.
 101. Bauer, N. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Hebammenkreißsaal: Besonderheiten eines randomisiert, kontrollierten Studiendesigns. Hebamme, 2006. 19(02): p. 107,109.
 102. Bauer, N., F. zu Sayn-Wittgenstein, and R. Schaefers, Der erste Hebammenkreißsaal in Deutschland - Ergebnisse einer Interventionsstudie zum Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2007. 211(S 2): p. FV_07_01.
 103. Bauer, N., F. zu Sayn-Wittgenstein, and R. Schaefers, Was wollen Frauen? Sicht der Frauen auf die Geburtsbetreuung in zwei unterschiedlichen Versorgungskonzepten - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2007. 211(S 2): p. PO_02_02.
 104. Bauer, N.H. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Sicht der Frauen auf die Betreuung während der Geburt in zwei unterschiedlichen Versorgungskonzepten - Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. Geburtsh Frauenheilk, 2008. 68(S 01): p. PO_Gyn_04_09.
 105. Bauer, N.H. and F. zu Sayn-Wittgenstein, „Habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.“- Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe-Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. FV_H_04_01.
 106. Baumgarten, K., Hebammenkunde grundständig in Bochum studieren. Katja Baumgarten hat nachgefragt, in Deutsche Hebammen-Zeitschrift2010.
 107. Baumgärtner, B., Wunschkaiserschnitt: Zusammenhänge von Angst,

- Selbstbestimmung und Lifestyle, 2007.
108. Beal, M.W., Chlamydia infection in a nurse-midwifery caseload. *J Nurse Midwifery*, 1992. 37(3): p. 210-4.
109. Beamer, L.C., Fetal nuchal translucency: a prenatal screening tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2001. 30(4): p. 376-85.
110. Behrens, J., [Nursing research receives urgent impulses]. *Kinderkrankenschwester*, 2004. 23(4): p. 161.
111. Beittel, H., From delivery to birthing from hierarchy to partnership, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: OSlo.
112. Beldon, A. and S. Crozier, Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *J R Soc Promot Health*, 2005. 125(5): p. 216-20.
113. Benikos, E. and N. Kouri, Liebeshormon oder Rückbildungshelfer? Elisabeth Benikos und Nadir Kouri haben über die Wirkungen des Hormons Oxytocin recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2004.
114. Benjamin, Y., D. Walsh, and N. Taub A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. *Midwifery*, 2001. 234-40.
115. Bennett, C. and A. Weale, HIV and AIDS awareness: an evaluation of a short training programme for midwives. *J Adv Nurs*, 1997. 26(2): p. 273-82.
116. Bergen, A. and A. While, A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research. *J Adv Nurs*, 2000. 31(4): p. 926-34.
117. Berger, C. and B. Schücking, Welchen Einfluss hat der Migrationshintergrund auf das geburtshilfliche Outcome? *Hebamme*, 2011. 24(02): p. 116,119.
118. Berger, C., B. Schücking, and P. Wenzlaff, Soziale Aspekte der Frühgeburtlichkeit und Migration Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008. *Gesundheitswesen*, 2010. 72(08/09): p. P245.
119. Bergman, R., Extending health care through the utilization of nursing/midwifery personnel. *Int Nurs Rev*, 1980. 27(2): p. 53-8.
120. Bergman, R., The birthplace boom. Midwives and birth centers deliver on good outcomes, lower costs. *Hosp Health Netw*, 1994. 68(23): p. 46, 48.
121. Bergstermann, K., Karin Bergstermann hat zum Umgang mit dem Babyschlaf vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis heute recherchiert, in *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2010.
122. Bernard, H., *Geburtsvorbereitung - Kurskonzepte zum Kombinieren*, 2008, Hippokrates-Verl.
123. Bernitz, S., et al., Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial. 2011(1471-0528 (Electronic)).
124. Berry, H. Postnatal placement of breast-feeding mothers. *Midwives Chron*, 1994. 278-81.
125. Berufsverbänden der Hebammen and Spitzenverbänden der Krankenkassen, *Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V, B.d.H.-e.-u.d.S.d. Krankenkassen*, Editor 2007.
126. Bhutta, Z.A., et al., Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*, 2011. 377(9763): p. 403-12.
127. Bibb, B.N., The effectiveness of non-physicians as providers of family

- planning services. *JOGN Nurs*, 1979. 8(3): p. 137-43.
128. Bick, D., Interventions to increase breast-feeding uptake and duration: time to think again? *Midwifery*, 2009. 25(eng).
129. Bick, D. and C. Mac Arthur, Woman's long-term health after childbirth, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
130. Biley, F.C. and D. Freshwater, Trends in nursing and midwifery research and the need for change in complementary therapy research. *Complementary therapies in nursing & midwifery*, 1999. 5(University of Wales College of Medicine, Cardiff, UK. BILEY@cf.ac.uk).
131. Bird, A., M. Wallis, and W. Chaboyer, Registered nurses' and midwives' knowledge of epidural analgesia. *Collegian*, 2009. 16(4): p. 193-200.
132. Biró, M.A., et al. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth*, 2003. 1-10.
133. Biró, M.A., U. Waldenström, and J.H. Pannifex Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth*, 2000. 168-73.
134. Bjuresten, K., et al. Embryo transfer by midwife or gynecologist: a prospective randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003. 462-6.
135. Blackmore, E.R., et al. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can*, 2006. 873-8.
136. Blackwood, B., Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions. *J Adv Nurs*, 2006. 54(5): p. 612-22.
137. Blackwood, B., et al. Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD006904.pub2.
138. Blais, R. and P. Joubert, Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: an overview. *L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. Can J Public Health*, 2000. 91(1): p. 11-4.
139. Bleyer, J.R., Wunschkaiserschnitt - ein unscharfer Begriff. Julia R. Bleyer hat in einem Internetforum recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2008.
140. Bloom, K.C. and C.A. Ewing, Group B streptococcal (GBS) disease screening and treatment during pregnancy: nurse-midwives' consistency with 1996 CDC recommendations. *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(1): p. 17-23.
141. Bloomfield, L., et al. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs; an evaluation using video recordings. *J Med Screen*, 2003. 176-80.
142. Boekelheide, P.D. and S.J. Regenie, The nurse-midwife in the college health sexuality setting. *J Am Coll Health Assoc*, 1975. 24(1): p. 1-3.
143. Bogossian, F., A review of midwifery legislation in Australia--history, current state & future directions. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1998. 11(1): p. 24-31.
144. Bone, D., Epidurals not emotions: the care deficit in US maternity care, in *Emotions in midwifery and reproduction*, D.R.e. Hunter B, Editor 2009, Basingstoke: Palgrave Macmillan. p. pp 56-72.
145. Bongartz, M., Malaria in der Schwangerschaft. Stand der

- Malariaforschung, in Deutsche Hebammenzeitschrift 2001.
146. Boone, P., et al. Community health and medical provision: impact on neonates (the CHAMPION trial). BMC Pediatr, 2007. 26.
147. Boore, J.R., Postgraduate education in nursing: a case study. J Adv Nurs, 1996. 23(3): p. 620-9.
148. Booth, J., et al., New nursing roles: the experience of Scotland's consultant nurse/midwives. J Nurs Manag, 2006. 14(2): p. 83-9.
149. Booth, J., et al., Using action research to construct national evidence-based nursing care guidance for gerontological nursing. J Clin Nurs, 2007. 16(5): p. 945-53.
150. Booth, J.W., An update on vicarious liability for certified nurse-midwives/certified midwives. J Midwifery Womens Health, 2007. 52(2): p. 153-7.
151. Borchert, P., Die Hebammenausbildung in Europa. HEBAMMENinfo, 2008. 3: p. S. 41-43.
152. Borrmann, B., Salutogenetische Einflussfaktoren im Geburtsverlauf aus Muttersicht, in Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, B.S. Neises M, Dohnke H, Falck H-R, Kauffels W, Schmidt-Ott G, Schwerdtfeger J, Walter H, Editor 2003, Psychosozial-Verlag: Giessen. p. S. 303-311.
153. Borrmann, B., ed. Salutogenetische Einflussfaktoren im Geburtsverlauf aus Muttersicht Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe,, ed. B.S. Neises M, Dohnke H,, K.W. Falck H-R, Schmidt-Ott G, Schwerdtfeger J, Walter H, and (Hrsg.)2003, Psychosozial-Verlag: Giessen. S. 303-311.
154. Borrmann, B., Mehr Milch durch Bier? Brigitte Borrmann analysiert die Effekte von Alkohol für die Milchbildung. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2005. -(de).
155. Borrmann, B., Mütter schützen und stärken, damit Kinder gesund bleiben. Hebammenforum 2006. 8(06): p. 629-631.
156. Borrmann, B., Jod, Eisen, Folsäure - Evidenzbasiertes Wissen und praktische Tipps. Hebammenforum 2007. 10(07).
157. Borrmann, B. and B. Schücking, Beschwerdebild und SOC-Score von Frauen nach der Geburt. Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(S 2): p. PO_11_10.
158. Borrmann, B. and B. Schücking, Langlebigkeit spätgebärender Mütter. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2003. -(de).
159. Borrmann, B. and B. Schücking, Effects of Breastfeeding on Somatic Complaints and SOC Score of Mothers. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2006. 19(s1): p. 1-148.
160. Borrmann, B. and U. Weyland, Ernährungslehre an berufsbildenden Schulen - Entwicklung handlungsorientierten Unterrichts. Ernährungsumschau, 2003. 50(3): p. 91 -95.
161. Borrmann B, S.B., Was Frauen gesund hält. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 2004(10): p. 19-22.
162. Borthwick Emma, M.J., et al. High-volume haemofiltration for sepsis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD008075.
163. Bosanquet, N., et al. Maternity services in the NHS. REFORM, 2005. 35 pages.
164. Bosch-Capblanch, X., S. Liaqat, and P. Garner Managerial supervision to

- improve primary health care in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD006413.pub2.
165. Bourgeault, I., The evolution of the social science of midwifery and its Canadian contributions. Canadian Journal of Midwifery Research and Practice - Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme 2002. 1(2): p. 4-8.
166. Bowers, L., Manipulation: description, identification and ambiguity. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2003. 10(3): p. 323-8.
167. Bowers, L., et al., Absconding: outcome and risk. J Psychiatr Ment Health Nurs, 1999. 6(3): p. 213-8.
168. Bradford, H.M., et al., Accuracy of birth certificate and hospital discharge data: a certified nurse-midwife and physician comparison. Matern Child Health J, 2007. 11(6): p. 540-8.
169. Bradley, S.E., et al. Cost-effectiveness of misoprostol to control postpartum hemorrhage in low-resource settings (Provisional abstract). International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007. 52-56.
170. Bramwell, R., H. West, and P. Salmon, Health professionals' and service users' interpretation of screening test results: experimental study. BMJ, 2006. 333(7562): p. 284.
171. Brealey, S.D., et al. Screening for postnatal depression: is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis (Provisional abstract). Journal of Reproductive and Infant Psychology, 2010. 328-344.
172. Brereton, M.L., Communication in nursing: the theory-practice relationship. J Adv Nurs, 1995. 21(2): p. 314-24.
173. Brindle, S., et al., Midwifery research: questionnaire surveys. RCM Midwives, 2005. 8(4): p. 156-8.
174. Brodie, P., Australian team midwives in transition, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
175. Brown, S.A. and D.E. Grimes A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care (Structured abstract). Nurs Res, 1995. 332-339.
176. Brownbridge, G., R.J. Lilford, and S. Tindale-Biscoe, Use of a computer to take booking histories in a hospital antenatal clinic. Acceptability to midwives and patients and effects on the midwife-patient interaction. Med Care, 1988. 26(5): p. 474-87.
177. Bryar, R., Theorie und Hebammenpraxis, 2003, Huber.
178. Bueche, M.N., Maternal-infant health care: a comparison between the United States and West Germany. Nurs Forum, 1990. 25(4): p. 25-9.
179. Bullock, L., et al. Abuse disclosure in privately and medicaid-funded pregnant women. J Midwifery Womens Health, 2006. 361-9.
180. Bullough, C.H., R.S. Msuku, and L. Karonde Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. Lancet, 1989. 522-5.
181. Bund Deutscher Hebammen e.V., Expertise des Bund Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin zum Thema: „Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Gesundheitsberufen im Sinne einer

- Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung“, B.D.H.e. V., Editor 2006: Karlsruhe.
182. Burian, R.A., et al., Welche präexistenten Faktoren bestimmen die Dauer der Eröffnungsphase? Geburtsh Frauenheilk, 2006. 67(S 1): p. PO_G_02_10.
 183. Burst, H.V., History of nurse-midwifery in reproductive health care. J Nurse Midwifery, 1998. 43(6): p. 526-9.
 184. Burst, H.V., Nurse-midwifery self-identification and autonomy. J Midwifery Womens Health, 2010. 55(5): p. 406-10.
 185. Bussey, C.G., J.F. Bell, and M.T. Lydon-Rochelle, Certified nurse midwife-attended births: trends in Washington State, 1995-2004. J Midwifery Womens Health, 2007. 52(Woman Care, PLLC, Olympia, WA, USA.).
 186. Butler, M., et al. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD007019.pub2.
 187. Butterworth, T., Enhancing capacity and capability in research undertaken by midwives. Evidence Based Midwifery, 2010. 8(3): p. 75-75.
 188. Cahill, K., T. Lancaster, and N. Green Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
 189. Callaghan, H., Videotaping: capturing women's labour experience, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
 190. Callender-Green, G., et al., The nurse-midwife in a contraceptive program for adolescents. J Ambul Care Manage, 1983. 6(2): p. 57-65.
 191. Cameron, J., J. Taylor, and A. Greene, Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937-2004. Midwifery, 2008. 24(University of Dundee, School of Nursing and Midwifery, Ninewells, Dundee DD1 9SY, UK. j.cameron@dundee.ac.uk).
 192. Campbell, D.A., et al. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 2006. 456-64.
 193. Campbell, M., Chi2 test for linear trend--what's that? 2005(0266-6138 (Print)).
 194. Campbell, R., Place of birth reconsidered, in Midwifery practice: Core topics L.V. Alexander J, Roth C, Editor 1997, 2. Basingstoke: Macmillan Press Ltd p. 1-22.
 195. Canbulat, N. and O. Uzun, Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. Eur J Oncol Nurs, 2008. 12(2): p. 148-56.
 196. Carlin Andrew, J., Z. Alfrevic, and M.L. Gyte Gillian Interventions for treating peripartum cardiomyopathy to improve outcomes for women and babies. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008589.pub2.
 197. Carlo, W.A., et al., High mortality rates for very low birth weight infants in developing countries despite training. Pediatrics, 2010. 126(5): p. e1072-80.
 198. Carlo, W.A., et al., Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries. N Engl J Med, 2010. 362(7): p. 614-23.
 199. Carolan, M. Later motherhood, by choice. in International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world. 2002. Vienna: ICM.

200. Carolan, M., Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res*, 2003. 10(3): p. 7-14.
201. Carolan, M. and D. Frankowska, Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*, 2011. 27(Department of Nursing and Midwifery, University of Limerick, Ireland. mary.carolan@UL.ie).
202. Carolan, M. and E. Hodnett, Discovery of soft markers on fetal ultrasound: maternal implications. *Midwifery*, 2009. 25(School of Nursing and Midwifery, St. Alban's Campus, Victoria University, P.O. Box 14428, Melbourne 8001, Australia. mary.carolan@vu.edu.au).
203. Carr, C.A., P. Burkhardt, and M. Avery, Vaginal birth after cesarean birth: a national survey of U.S. midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*, 2002. 47(5): p. 347-52.
204. Carroll, J.C., et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2005. 253-9.
205. Ceber, E., et al., Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey. *Cancer Nurs*, 2006. 29(3): p. 244-9.
206. Chalmers, A.F., *Wege der Wissenschaft- Einführung in die Wissenschaftstheorie*, 2007, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
207. Chalmers, B., Childbirth and breastfeeding in the countries of central and eastern Europe, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
208. Chalmers, B., et al., Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation, following a maternal and child health intervention program. *Birth*, 1998. 25(WHO Collaborating Centre in Women's Health, Center for Research in Women's Health, University of Toronto.).
209. Chalmers, I., Jennifer Sleep: a born researcher, a great facilitator. *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(12): p. 754-755.
210. Chan, R., et al. Interventions for preventing and managing radiation-induced skin reactions in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008522.
211. Charandabi, S.M., et al. Effect of a peer-educational intervention on provider knowledge and reported performance in family planning services: a cluster randomized trial. *BMC Med Educ*, 2010. 11.
212. Chesney, M., Midwifery in Pakistan, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
213. Cheyne, H., V. Hundley, and A. Symon, Policy, practice and research: does it make a difference? *RCM Midwives*, 2003. 6(12): p. 526-8.
214. Chomba, E., et al., Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. *Ambul Pediatr*, 2008. 8(5): p. 300-4.
215. Christie, J., et al. Workplace-based organisational interventions to prevent and control obesity by improving dietary intake and/or increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008546.
216. Christison, J., Maternity services evaluation research: summary of findings. *New Zealand College of Midwives Journal*, 1998. 9: p. 6-8.
217. Chung, U.L., et al. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *The journal of nursing research : JNR*, 2003. 251-60.

218. Church, S. and P. Lyne, Research-based practice: some problems illustrated by the discussion of evidence concerning the use of a pressure-relieving device in nursing and midwifery. *J Adv Nurs*, 1994. 19(3): p. 513-8.
219. Cignacco, E., et al., Variability in pain response to a non-pharmacological intervention across repeated routine pain exposure in preterm infants: a feasibility study, in *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992)2009.
220. Cignacco, E., et al., Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life, in *Swiss medical weekly*2009.
221. Cignacco, E., et al., Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity, in *Swiss medical weekly*2008.
222. Cioffi, J. and R. Markham, Clinical decision-making by midwives: managing case complexity. *J Adv Nurs*, 1997. 25(2): p. 265-72.
223. Cioffi, J., N. Purcal, and F. Rundell A pilot study to investigate the effect of a simulation strategy on the clinical decision making of midwifery students. *The Journal of nursing education*, 2005. 131-4.
224. Clark, L., How fast are patients abandoning doctors for midwives? *Med Econ*, 1990. 67(23): p. 60-4.
225. Cleary, M., et al., The patient's view of need and caregiving consequences: a cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2006. 13(5): p. 506-14.
226. Cleary, M., et al. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.
227. Clift-Matthews, V., Research: making the profession stronger. *British Journal of Midwifery*, 2009. 17(5): p. 276-276.
228. Clift-Matthews, V., Improving maternal health through research. *African Journal of Midwifery and Women's Health* 2009. 3(4): p. 160.
229. Cluett, E., Introduction to statistics 1. *Mod Midwife*, 1996. 6(9): p. 30-4.
230. Cluett, E. and E. Burns Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3.
231. Cluett, E.R., F.z. Sayn-Wittgenstein, and M. Groß, *Hebammenforschung-Grundlagen und Anwendung*, 2003, Huber.
232. CNM Datagroup, Oral intake in labor. Trends in midwifery practice. The CNM Data Group, 1996. *J Nurse Midwifery*, 1999. 44(eng).
233. Cohain, J.S., Documented causes of unneCesareans. *Midwifery Today Int Midwife*, 2009(judyslome@hotmail.com).
234. Conseil de Evaluation des technologies de la Sante du, Q. Stillbirths within the framework of midwifery pilot projects in Quebec (Structured abstract). Montreal: Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec (CETS), 1999. 62.
235. Cooke, M., R.P. Mattick, and E. Campbell A description of the adoption of the 'Fresh start' smoking cessation program by antenatal clinic managers. *Aust J Adv Nurs*, 2000. 13-21.
236. Cooke, M. and T. Stacey, Differences in the evaluation of postnatal midwifery support by multiparous and primiparous women in the first two weeks after birth. *Australian Midwifery*, 2003. 16(3): p. 18-24.
237. Cooper, E., Credentialing and privileging nurse-midwives. *J Nurs Care*

- Qual, 1998. 12(4): p. 30-5.
238. Coupar, F., et al. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD006432.pub2.
239. Cox, S.G. and C.J. Turnbull Developing effective interactions to improve breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev*, 1998. 11-22.
240. Creedy, D.K., J. Horsfall, and J. Gamble, Developing critical appraisal skills using a review of the evidence for postpartum debriefing. *Aust J Midwifery*, 2002. 15(4): p. 3-9.
241. Crepinsek Maree, A., et al. Interventions for preventing mastitis after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD007239.pub2.
242. Croft, M.L., et al., Population based ascertainment of twins and their siblings, born in Western Australia 1980 to 1992, through the construction and validation of a maternally linked database of siblings. *Twin Res*, 2002. 5(5): p. 317-23.
243. Crofts, J.F., et al. Training for shoulder dystocia: a trial of simulation using low-fidelity and high-fidelity mannequins. *Obstet Gynecol*, 2006. 1477-85.
244. Crofts, J.F., et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care*, 2008. 20-4.
245. Cromi, A., et al., Cervical ripening with a Foley catheter: The role of pre- and postripening ultrasound examination of the cervix. *Am J Obstet Gynecol*, 2007. 196(1): p. 41.e1-41.e7.
246. Crookes, P.A., S.L. Reis, and S.C. Jones, The development of a ranking tool for refereed journals in which nursing and midwifery researchers publish their work. *Nurse Educ Today*, 2010. 30(5): p. 420-7.
247. Cummings, B., Using homeopathy in midwifery practice. *Mod Midwife*, 1994. 4(11): p. 17-20.
248. Cunningham, V.M., Social determinants of utilization of skilled birth attendants in two states in India, 2006, State University of New York at Binghamton. p. 326 p.
249. Curtis, P., Going from strength to strength... midwifery-related research. *International Nursing Link-Up*, 2001(20): p. 6-6.
250. Cutlip, K., Midwifery goes mainstream as hospitals expand options and cut costs. *Hosp Top*, 1997. 75(3): p. 17-21.
251. da Silva, F.M., S.M. de Oliveira, and M.R. Nobre, A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 2009. 25(3): p. 286-94.
252. Dahlen, H., 'First time mother's experiences of birth at home and in hospital: a grounded theory study', in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
253. Dahlen, H. and C.S. Homer, What are the views of midwives in relation to perineal repair? 2008(1871-5192 (Print)).
254. Dahlen, H., C.S.E. Homer, and C.S. Homer, Infant feeding in the first 12 weeks following birth: a comparison of patterns seen in Asian and non-Asian women in Australia. 2010(1878-1799 (Electronic)).
255. Dahlen, H., et al., Birth centres and the national maternity services review: response to consumer demand or compromise? *Women Birth*, 2011. 24(School of Nursing and Midwifery, College of Health and Science,

- University of Western Sydney, Building ER, Parramatta Campus, Locked Bag 1797, Penrith South DC, NSW 1797, Australia.
h.dahlen@uws.edu.au).
256. Dahlen, H.G., et al. 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 2009. e39-48.
 257. Dahlen, H.G., et al., From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women Birth*, 2011. 24(University of Western Sydney, Locked Bag 1797, Penrith South DC, NSW 1797, Australia. h.dahlen@uws.edu.au).
 258. Danerek, M., et al., Attitudes of midwives in Sweden toward a woman's refusal of an emergency cesarean section or a cesarean section on request. *Birth*, 2011. 38(1): p. 71-9.
 259. Daniels, J., et al. Rapid testing for group B streptococcus during labour: a test accuracy study with evaluation of acceptability and cost-effectiveness (Provisional abstract). *Health Technology Assessment*, 2009. 1-178.
 260. Darbyshire, P., 'Rage against the machine?': nurses' and midwives' experiences of using Computerized Patient Information Systems for clinical information. *J Clin Nurs*, 2004. 13(1): p. 17-25.
 261. David, M., et al., Prior cesarean section--an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers, in *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 2009.
 262. David, M., et al., Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland - Perinataldaten „großer“, „mittlerer“ und „kleiner“ Geburtshäuser im Vergleich. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2006. 210(05): p. 166,172.
 263. Davies, H.D., et al., Physicians' prevention practices and incidence of neonatal group B streptococcal disease in 2 Canadian regions. *CMAJ*, 2001. 164(Department of Paediatrics, University of Calgary, Calgary, Alta. dele.davies@crhs-health.ab.ca).
 264. Davies, L., A feminist approach to midwifery education, in *Midwifery Today Int Midwife* 2001.
 265. Davies, L., Childbirth expectations and influences. *Pract Midwife*, 2005. 8(4): p. 41-3.
 266. Davis, C., B.D. Davis, and P. Burnard, Use of the QSR.NUD.IST computer program to identify how clinical midwife mentors view their work. *J Adv Nurs*, 1997. 26(4): p. 833-9.
 267. Davis, D.L. and K. Walker, Re-discovering the material body in midwifery through an exploration of theories of embodiment. *Midwifery*, 2010. 26(4): p. 457-62.
 268. Davis, L.J., Certified nurse midwives: over twenty years of military service. *Mil Med*, 1995. 160(8): p. 401-4.
 269. Davis, R., et al., Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs*, 2008. 17(2): p. 168-74.
 270. Dawson, A., et al. Domiciliary midwifery support in high-risk pregnancy incorporating telephonic fetal heart rate monitoring: a health technology randomized assessment (Structured abstract). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1999. 220-230.
 271. Day-Stirk, F. and L. Palmer, The RCM virtual institute for birth: promoting normality. *RCM Midwives*, 2003. 6(2): p. 64-5.

272. de Luc, K. Care pathways: an evaluation of their effectiveness. *J Adv Nurs*, 2000. 485-96.
273. de Montigny, F. and C. Lacharite, Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(3): p. 328-39.
274. De Silva, M., et al. Psychosocial interventions for the prevention of disability following traumatic physical injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD006422.pub3.
275. de Vries, H., et al., The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Educ Couns*, 2006. 63(1-2): p. 177-87.
276. Dean, T., A student's perspective. *RCM Midwives*, 2005. 8(7): p. 298-9.
277. Declercq, E., Births attended by certified nurse-midwives in the United States reach an all-time high: trends from 1989 to 2006. *J Midwifery Womens Health*, 2009. 54(3): p. 263-5.
278. Declercq, E.R., Midwifery care and medical complications: the role of risk screening. *Birth*, 1995. 22(2): p. 68-73.
279. Declercq, E.R., T.J. Bichell, and J.K. Center, Population-based needs assessment. Bringing public health to midwifery practice. *J Nurse Midwifery*, 1997. 42(6): p. 478-88.
280. Deery, R. and M. Kirkham, Moving from hierarchy to collaboration. The birth of an action research project. *Pract Midwife*, 2000. 3(8): p. 25-8.
281. Deneux-Tharaux, C., et al., Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial. *BJOG*, 2010. 117(10): p. 1278-87.
282. Dennis, C.-L. and K. Creedy Debra Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004. DOI: 10.1002/14651858.CD001134.pub2.
283. Dennis-Antwi, J.A., Preceptorship for midwifery practice in Africa: challenges and opportunities *Evidence Based Midwifery*, 2011. Volume 9 (issue 4).
284. Dept. of Health and Human Services, Guidance for industry E6 good clinical practice : consolidated guidance. Guidance for industry ; ICH-E6. Vol. Rockville, MD. 1996: Center for Drug Evaluation and Research.
285. Deutscher Hebammenverband e.V., Hebammenausbildung an die Hochschule - Positionspapier des Pädagogischen Fachbeirates im Deutschen Hebammenverband e. V. veröffentlicht unter www.hebammenverband.de > Service & Fortbildung > Standpunkte und Stellungnahmen, 2011.
286. Devane, D. and J.G. Lalor A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme. *Midwifery*, 2006. 296-307.
287. Dibbern, A., Studie: Hebammengeburtshilfe in der Klinik. *Reinkenheider Informations Zeitung (RIZ, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide)*, 2008. 1: p. S. 6.
288. Dickson, N., A theory of caring for midwifery. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1996. 9(2): p. 20-4.
289. Diepgen, P., ed. *Die Frauenheilkunde der Alten Welt. Handbuch der Gynäkologie- Geschichte der Frauenheilkunde*, ed. W. Stoeckel. Vol. 12. Band. 1937, Bergmann- Verlag: München.
290. Diers, D., Finding midwifery in administrative data systems. *J Midwifery Womens Health*, 2007. 52(2): p. 98-105.

291. Dimond, B., Complementary therapy and the mother's wishes. *Mod Midwife*, 1995. 5(3): p. 34-5.
292. Dimond, B., Abbreviations, record keeping and the midwife. *Pract Midwife*, 1998. 1(9): p. 10-1.
293. Dimond, B., Law for midwives: step by step. Step 42: legal aspects of research 2. *British Journal of Midwifery*, 2002. 10(6): p. 362-362.
294. Dingley, E.F., Birthplace and attendants: Oregon's alternative experience, 1977. *Women Health*, 1979. 4(3): p. 239-53.
295. Dixon, L., et al. Occupational therapy for patients with Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD002813.pub2.
296. Dormandy, E., et al., Informed choice in antenatal Down syndrome screening: a cluster-randomised trial of combined versus separate visit testing. *Patient Educ Couns*, 2006. 61(1): p. 56-64.
297. Dörpinghaus, S., Systematisch forschen., in *deutsche Hebammen Zeitschrift* 2003.
298. Dörpinghaus, S. and B. Schröter, Welchen Namen soll die "Hebammenwissenschaft" tragen?, in *Die Hebamme* 2005.
299. Douglas, F., et al., Designing questionnaires for midwifery research. *RCM Midwives*, 2005. 8(5): p. 212-5.
300. Dover, S.L. and S.M. Gauge, Fetal monitoring--midwifery attitudes. *Midwifery*, 1995. 11(eng).
301. Downe, S., Caring and sharing: developing the art and science of midwifery. *British Journal of Midwifery*, 1998. 6(7): p. 427-427.
302. Downe, S., A proposal for a new research and practice agenda for birth. *MIDIRS Midwifery Digest*, 2000. 10(3): p. 337-341.
303. Downe, S., Is there a future for normal birth? Who knows what 'normal birth' really means today? *Pract Midwife*, 2001. 4(6): p. 10-2.
304. Dowswell, T., et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD007214.pub2.
305. Dowswell, T., et al., Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(10): p. CD000934.
306. Dowswell, T., P. Middleton, and A. Weeks Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD001803.pub2.
307. Dowswell, T., et al., A review of the literature on the midwife and community-based maternity care. *Midwifery*, 2001. 17(2): p. 93-101.
308. Doyle, M.B. and M.V. Widhalm, Midwifing the adolescents at Lincoln Hospital's teen-age clinics. *J Nurse Midwifery*, 1979. 24(4): p. 27-32.
309. Dreith, C., Pioneer program gives infants a health start. *Calif Hosp*, 1990. 4(1): p. 16-8.
310. Drexelius, N., Eine Sahnestück auf dem Teller. Erster Präsenzstudiengang. *Hebammenforum*, 2008. 11: p. S. 897 -899.
311. Drife, J., Listen to CESDI. *Changing Childbirth Update* 1998. 11: p. p 5.
312. Duff, E., International Confederation of Midwives: a worldwide look at what is happening in midwifery. *Midwifery research: may need to be heroic but should avoid serendipity. MIDIRS Midwifery Digest*, 2003. 13(2): p. 179-

- 180.
313. Duff, E., 'The evidence is strongly in favour of midwives as the main providers' -- says The Lancet. *International Midwifery*, 2006. 19(4): p. 62-62.
314. Dunkley, J., *Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis*, 2003, Verl. Hans Huber.
315. Dyson, S.M., et al., Ethnicity questions and antenatal screening for sickle cell/thalassaemia [EQUANS] in England: a randomised controlled trial of two questionnaires. *Ethn Health*, 2006. 11(2): p. 169-89.
316. Earle-Richardson, G.B. and A.F. Earle-Richardson, Commentary from the front lines: improving the National Health Service Corps' use of nonphysician medical providers. *J Rural Health*, 1998. 14(2): p. 91-7.
317. East, C.E. and J. Webster, Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a comparison of practices in 1986 and 1992. *Midwifery*, 1995. 11(4): p. 195-200.
318. Eckhorst, K., Ein Handwerk wird akademisch. *die tageszeitung (taz nord)*, 2008. 1./2.11.2008: p. S. 29.
319. Eddy, A., Celebrating midwifery research in the South Pacific. *International Midwifery*, 2003. 16(6): p. 68-69.
320. Edwards, K.E. and N.L. Gibson, Knowledge profiling as emergent theory in community-based participatory research. *Prog Community Health Partnersh*, 2008. 2(1): p. 73-9.
321. Ehrenreich, B. and D. English, *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern*, 1975, Verlag Frauenoffensive: München.
322. Einav, S., et al., A survey of labour ward clinicians' knowledge of maternal cardiac arrest and resuscitation. *Int J Obstet Anesth*, 2008. 17(3): p. 238-42.
323. Eirich, M., *Forschung und Praxis verbinden*, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2003.
324. Ekelin, M. and E. Crang-Svalenius, Midwives' attitudes to and knowledge about a newly introduced foetal screening method. *Scand J Caring Sci*, 2004. 18(3): p. 287-93.
325. Ekström, A., A.M. Widström, and E. Nissen Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health*, 2005. 424-31.
326. Engels, Y., et al., The effect of small peer group continuous quality improvement on the clinical practice of midwives in The Netherlands. *Midwifery*, 2003. 19(4): p. 250-8.
327. English National Board for Nursing, M.a.H.V., *Midwifery practice: identifying the developments and the difference. An outcome report arising from the audit of maternity services and practice visits undertaken by midwifery officers of the Board 1998-99*, M.a.H.V. English National Board for Nursing, Editor 1999, English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting London.
328. Engstrom, J.L., et al. Fundal height measurement. Part 3--The effect of maternal position on fundal height measurements. *J Nurse Midwifery*, 1993. 23-7.
329. Ensel, A., *Machtstrukturen in der Geburtshilfe. Heilberufe*, 1996. 48(ger).
330. Ensel, A. and S. Mittelstädt, *Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit - ethische Fragen und Konfliktfelder in der Betreuung von Schwangeren*,

- Gebärenden und Wöchnerinnen; Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe, 1999, Verl. Selbstbestimmtes Leben.
331. Ernst, E.K. and M.P. Forde, Maternity care: an attempt at an alternative. *Nurs Clin North Am*, 1975. 10(2): p. 241-9.
 332. Ertem, I.O., et al., Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *J Dev Behav Pediatr*, 2009. 30(4): p. 319-26.
 333. Fachhochschule Osnabrück, Hebammenwesen studieren. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 2008. 11: p. S. 41.
 334. Fahy, K., Welcome to the first issue of *Women and Birth: The journal of the Australian College of Midwives*. *Women Birth*, 2006. 19(1): p. 1-2.
 335. Fahy, K., How to get published in an international journal. *Women Birth*, 2010. 23(2): p. 43-4.
 336. Fahy, K. and J. Fenwick, Perceived journal quality: an indicator of research quality. *Women Birth*, 2008. 21(3): p. 97-8.
 337. Fairbrother, P. and N.J. Mathers, Lecturer practitioners in six professions: combining cultures. *J Clin Nurs*, 2004. 13(5): p. 539-46.
 338. Farah, L.A., et al., Randomized trial of two doses of the prostaglandin E1 analog misoprostol for labor induction. *Am J Obstet Gynecol*, 1997. 177(2): p. 364-371.
 339. Farell, T., M. Buddle, and M. Brown, A new approach to blood pressure monitoring, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
 340. Farley, C. and K.C. Carr, New directions in midwifery education: the master's of science in midwifery degree. *J Midwifery Womens Health*, 2003. 48(2): p. 133-137.
 341. Fatusi, A.O., et al., Evaluation of health workers' training in use of the partogram. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008. 100(1): p. 41-4.
 342. Fauveau, V., et al., Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet*, 1991. 338(8776): p. 1183-6.
 343. Filz, M. and I. Mühlhauser, Zervixkarzinom: Impfen, screenen oder beides? Teil 1. Melanie Filz und Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser stellen die aktuelle Forschungslage dar, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2009.
 344. Fischbacher, C. Free-standing midwife-led maternity units (Structured abstract). London: Bazian Ltd (Editors), Wessex Institute for Health Research and Development, University of Southampton, 2004. 20.
 345. Fischer, R., M. Costazza, and A. Pellert, *Argumentation und Entscheidung : zur Idee und Organisation von Wissenschaft*, 1993, Profil: München.
 346. Fleck, L., Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache - Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv, in *Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft ; 312* 1999, Suhrkamp.
 347. Fleming, V., Professional reflexivity or reflexive professionalism? An exploration of the midwife/client relationship, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
 348. Fleming, V., A. Poat, and U. Pender, Tradition oder Wissen? Prof. Dr. Valerie Fleming, Angela Poat und Ute Pender haben sich damit beschäftigt, was passiert, wenn Hebammen mit Zweifeln an der Forschung teilnehmen, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2007.
 349. Fletcher, J., et al. Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI:

- 10.1002/14651858.CD006525.
350. Flügge, S., Hebammen und heilkundige Frauen - Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert, 1998, Stroemfeld.
351. Ford J, P.G., 'BBA' birth. Analysis of one year's 'born before arrival' births (n=29) and trends in BBA birth 2000–07 in a large English maternity unit. MIDIRS Midwifery Digest 2008. 18(2): p. 217-223.
352. Forman, J.A., Nurse attachments to general practice in South-west England. J R Coll Gen Pract, 1974. 24(145): p. 579-81.
353. Foster, J., Fatherhood and the meaning of children: an ethnographic study among Puerto Rican partners of adolescent mothers. J Midwifery Womens Health, 2004. 49(School of Nursing, University of Massachusetts, MA 01003, USA. jwfoster@nursing.umass.edu).
354. Founds, S.A., Clinical implications from an exploratory study of postural management of breech presentation. J Midwifery Womens Health, 2006. 51(Department of Health Promotion and Development, University of Pittsburgh School of Nursing, Pittsburgh, PA 15261, USA. foundss@pitt.edu).
355. Frampton, C. and C. Maggs, Critical mass in nursing and midwifery research groups in the West Midlands... including commentary by McMahon A. NT Research, 2000. 5(4): p. 306-314.
356. Fraser, D.M., How competent are non-nurse student midwives? An evaluation study, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
357. Fraser, D.M., Delphi technique: one cycle of an action research project to improve the pre-registration midwifery curriculum. Nurse Educ Today, 1999. 19(6): p. 495-501.
358. Freeman, L.M., H. Timperley, and V. Adair, Partnership in midwifery care in New Zealand. Midwifery, 2004. 20(1): p. 2-14.
359. Frevert, R., A. Brown, and C. Rogers, Sexual abuse and pregnancy outcomes - a descriptive study, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
360. Frick, E., Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hebammen. Elmire Frick fasst die Beiträge zum Symposium "Gründung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Hebammen" zusammen, in Deutsche Hebammenzeitschrift2007.
361. Friesacher, H., Theorie und Praxis pflegerischen Handelns - Pflegewissenschaft und Pflegebildung, R. H, Editor 2008, V&R unipress: Göttingen.
362. Frieß, H., Schaden Schaffelle? Holger Frieß hat zu Risiko und Nutzen von Schaffellen in Kinderbetten recherchiert, in Deutsche Hebammenzeitschrift2004.
363. Froggatt, K. and S. Payne, A survey of end-of-life care in care homes: issues of definition and practice. Health Soc Care Community, 2006. 14(4): p. 341-8.
364. Frömke, C., M.M. Groß, and H. Hecker, Darstellung von zeitkonstanten und zeitabhängigen Interventionen auf den Geburtsverlauf in Übergangsmodellen in 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. Leipzig, 10.-14.09.2006. Düsseldorf, Köln: German Medical Science; 2006. Doc06gmds223, B.u.E.e.V.g. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Editor 2006, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik,

- Biometrie und Epidemiologie e.V. (gmds).
365. Frövel, N., T. Brodsky, and A. Jung, Die Versorgung von Geburtsverletzungen - aktueller Forschungsstand, in *Die Hebamme* 2010.
366. Fry, T., Measuring newborns: yes, size does really matter. *RCM Midwives J*, 2002. 5(7): p. 220-1.
367. Fullerton, J., K.D. Schuiling, and T.A. Sipe, Presidential priorities: 50 years of wisdom as the basis of an action agenda for the next half-century. *J Midwifery Womens Health*, 2005. 50(2): p. 91-101.
368. Fullerton, J., et al., The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice, in *Midwifery* 2003. p. 174-90.
369. Fullerton, J.T., A.M. Navarro, and S.H. Young Outcomes of planned home birth: an integrative review (Structured abstract). *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2007. 323-333.
370. Fullerton, J.T. and D. Wingard, Methodological problems in the assessment of nurse-midwifery practice. *Appl Nurs Res*, 1990. 3(4): p. 153-60.
371. Fyle, J., PPF targets and breastfeeding initiation rates. *RCM Midwives*, 2003. 6(12): p. 525.
372. Galloway, L., Knowing the form. *Mod Midwife*, 1994. 4(9): p. 24-6.
373. Gamble, J., et al., Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 2005. 32(1): p. 11-9.
374. Garel, M., et al., Ethical decision-making for extremely preterm deliveries: results of a qualitative survey among obstetricians and midwives. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2004. 15(6): p. 394-9.
375. Garland, D., *Das Wassergeburten-Buch - ein Handbuch für die Hebammenpraxis*, 2004, Huber.
376. Gatewood, T.S. and R.B. Stewart, Obstetricians and nurse-midwives: The team approach in private practice. *Am J Obstet Gynecol*, 1975. 123(1): p. 35-40.
377. Gazi, R., et al. Community mobilization for safe motherhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009091.
378. Gebker, S. and S. Röhl, Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsängste. *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 2007. 57(07): p. 10-11.
379. Gebker, S., et al. Mütterliches Wohlbefinden nach Frühgeburt: Ressourcen und Risiken am Beispiel von Schuld- und Schamerleben. in *23. Kongress für Perinatale Medizin*, 29.11. bis 01.12.2007, ICC Berlin. 2007. Berlin.
380. Geist, C.H. and C. Ahrendt, *Hebammenkunde*, in *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 1995, de Gruyter.
381. Geist, C.H. and C. Ahrendt, *Hebammenkunde*, in *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 1998, de Gruyter.
382. Geist, C.H. and C. Ahrendt, *Hebammenkunde*, in *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* 2005, Hippokrates-Verl.
383. Gherissi, A., et al., Basic education and practice adequacy in midwifery in Tunisia 1996, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
384. Gibson, A. and T. Gibson, Motivational interviewing. *Pract Midwife*, 2000. 3(1): p. 32-5.
385. Giddings Lynne and Wood Pamela, The methodological journey of a grounded theorist: an interview with Denise Dignam. Interview by Lynne S.

- Giddings, Pamela J. Wood. Nurs Prax N Z, 2000. 16(2): p. 4-16.
386. Giles, W., et al., Antenatal care of low risk obstetric patients by midwives. A randomised controlled trial. Med J Aust, 1992. 157(3): p. 158-61.
387. Gill, C.J., et al., Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomised controlled study. BMJ, 2011. 342: p. d346.
388. Glover, C., Information technology in the NHS: the effect on midwifery. RCM Midwives, 2004. 7(8): p. 352-3.
389. Goldberg, B.D., M.J. Baisch, and R.A. Fox, Teen Pregnancy Service. An interdisciplinary health care delivery system utilizing certified nurse-midwives. J Nurse Midwifery, 1986. 31(eng).
390. Goodman, M.J., W.W. Nelson, and M.V. Maciosek, Births by day of week: a historical perspective. J Midwifery Womens Health, 2005. 50(HealthPartners Research Foundation, Minneapolis, MN 55440, USA. Michael.j.Goodman@healthpartners.com).
391. Göransson, M., A. Magnusson, and M. Heilig, Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. Acta Obstet Gynecol Scand, 2006. 85(6): p. 657-62.
392. Gordon, B. and C. Mackrodt, Salutations... Jennifer Sleep... salutations from a selection of colleagues. British Journal of Midwifery, 1999. 7(12): p. 763-764.
393. Gordon, I. and J.R. Erickson, Comparison of rural and urban certified nurse-midwives in Arizona. J Nurse Midwifery, 1993. 38(1): p. 28-34.
394. Gottvall, K. and U. Waldenstrom, Does birth center care during a woman's first pregnancy have any impact on her future reproduction? Birth, 2002. 29(3): p. 177-81.
395. Goulet, C., et al., A concept analysis of parent-infant attachment. J Adv Nurs, 1998. 28(Faculty of Nursing, Université de Montréal, Québec, Canada.).
396. Grant, J. and C. Roth, Antenatal HIV testing. Time for a change in practice. Pract Midwife, 1998. 1(6): p. 16-9.
397. Gray Trish, A., et al. Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD006132.pub2.
398. Green, J. and H. Statham, Testing for fetal abnormality in routine antenatal care. Midwifery, 1993. 9(3): p. 124-135.
399. Greve, T., Disturbing "new" trends in tear prevention threaten midwives' autonomy. Midwifery Today Int Midwife, 2009(National Resource Centre for Breastfeeding, Rikshospitalet, Oslo, Norway.).
400. Grieshop, M., Problemorientiertes Lernen in der Hebammenausbildung. Hebammenforum, 2009. 1: p. S. 38-40.
401. Grieshop, M., Welche Lerngegenstände verbergen sich in einem Fallbeispiel? Analyse des Potenzials von Fallbeispielen für die Hebammenausbildung. Pflege anders denken und ausbilden, 2010. 5(ger).
402. Grieshop, M., Christiansen, H., Röhrle, B., Schücking, B. , Verlängerte Wochenbettbetreuung durch Hebammen in Bayern und Rheinland-Pfalz. . HEBAMMENinfo, 2011. 2/11: p. S.33 - 34.
403. Grieshop, M. and et al, Die Wahl der Forschungsmethode - ein Fallbeispiel, 2011.
404. Grieshop, M., et al., Familiengesundheits-Versorgung durch Pflegende und

- Hebammen., in 7. int. Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft, 24.-25.September 2009.2009: Ulm.
405. Grieshop, M. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Ein neuer Bildungsweg für Hebammen und Entbindungspfleger. Impulse 2009. 62/2009: p. S. 18-19.
 406. Grieshop, M., et al., Wie können die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Familienhebammen verbessert werden? Die Hebamme, 2009. 22: p. S. 250-253.
 407. Grieshop, M., et al., Ausbildung und Forschung. Die Wahl der Forschungsmethode - ein Fallbeispiel, in Die Hebamme2011.
 408. Griffiths Peter, D., et al. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD002214.pub3.
 409. Groß, M., Praxis im Wandel, 1994, Staude.
 410. Groß, M., Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen - Erfahrungen und Auswertungen von Ausbildungsprojekten, 1995, Hartung-Gorre.
 411. Groß, M., 11. Workshop zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen: Aspekte der Eugenik in Geschichte und Gegenwart, in Die Hebamme2001.
 412. Groß, M., Gebären als Prozess-empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung, 2001, Huber.
 413. Groß, M., Rosen für Archie Cochrane, in Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung2002.
 414. Groß, M., Die fünf Geburtszeiten. Z Geburtshilfe Neonatol, 2002. 206(06): p. 236,241.
 415. Groß, M., Sorgfaltspflichten in Praxis und Forschung. Die Hebamme, 2002(15): p. 125.
 416. Groß, M., Die Geburtserfahrung - eine Übersichtsarbeit. Geburtsh Frauenheilk, 2003. 63(04): p. 321,325.
 417. Groß, M., Vaginale Geburt oder Sectio aus der Sicht einer Hebamme. Der Frauenarzt 2003(44): p. 640-642.
 418. Groß, M., Schmerz und Fitness während der Wehen, in Arch Gynecol Obstet, -S.C. 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Hamburg, Editor 2004, Springer Berlin / Heidelberg. p. S1-S214.
 419. Groß, M., Hebammenforschung vor 10 Jahren und heute, in Geburtshilfe integrativ., F.A.H. Gerhard I, Editor 2005, Elsevier: München.
 420. Groß, M., Editorial. "Wie wissenschaftlich ist die Hebammenforschung?", in Die Hebamme2006.
 421. Groß, M., Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarea. Übersichtsarbeit. HebammenForum 2006. 9: p. 688-697
 422. Groß, M., Geleitwort, in Hebammenarbeit C.E. (Hg.), Editor 2006, Hans Huber: Bern. p. S. 3-5.
 423. Groß, M., Prozessorientierte Betreuung und Interventionskaskaden während des Gebärens. Schweizer Hebamme, 2008. 7-8: p. 4-6.
 424. Gross, M., Wie wissenschaftlich ist die Hebammenforschung? Hebamme, 2006. 19(02): p. 77,77.
 425. Gross, M., More VBAC's in the Future, in J Perinat Med. 2009. p. 135-137.
 426. Gross, M., Vaginale Geburt nach Kaiserschnitt, in Schweizer Hebamme 2010. p. 4-8.
 427. Groß, M. and G. Antes, Wissenschaftliche Evidenz aus systematischen

- Übersichtsarbeiten zum Gebären. Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(01): p. 17,23.
428. Groß, M. and J.W. Dudenhausen, Geleitwort, in Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. 2. deutsche Ausgabe der 3. englischen Ausgabe herausgegeben von Mechthild M. Groß und Joachim W. Dudenhausen, M. Enkin, et al., Editors. 2006, Hans Huber: Bern. p. S. 19-20.
 429. Groß, M., et al., Europäischer Masterstudiengang für Hebammen. Geburtsh Frauenheilk, 2009. 69(09): p. A037.
 430. Groß, M., et al., Intrapartale Einflussfaktoren des Gebärens in einer niedersächsischen Kohortenstudie (ProGeb-Studie). Geburtsh Frauenheilk, 2006. 67(S 1): p. PO_G_04_39.
 431. Groß, M., et al., Der persönliche Geburtsbeginn und seine prädiktive Bedeutung für die Geburtsdauer nach Krankenhausaufnahme. Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(S 2): p. FV_08_03.
 432. Gross, M., et al., Women's assessment of spontaneous onset of labor, in Society of Gynecological Investigation 50th Annual Meeting 16.30.3.2003, J.S.G. Investig, Editor 2003, J.Soc Gynecol Investig: Washington. p. 50.
 433. Groß, M., et al., Wie erleben Schwangere den Geburtsbeginn? Erste Ergebnisse aus einer laufenden Untersuchung, in Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der 30. Jahrestagung 2002 Hannover 20.-23.02.2003, B.S. Neises M, Dohnke H, Falck HR, Kauffels W, Schmid-Ott G, Schwerdtfeger J, Walter H (Hg.), Editor 2003, Psychosozial-Verlag: Giessen. p. S. 271-277.
 434. Groß, M., et al., Dynamische Zusammenhänge zwischen präexistenten sowie intrapartalen Faktoren und Eröffnung und Austreibung bei Erstgebärenden - Ergebnisse der niedersächsischen ProGeb-Studie. Z Geburtshilfe Neonatol, 2007. 211(S 2): p. FV_07_02.
 435. Groß, M., et al., Der Einfluss des persönlichen Geburtsbeginns auf verschiedene Geburtsphasen, in Arch Gynecol Obstet, -S.C. 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) Hamburg, Editor 2004, Springer Berlin / Heidelberg. p. S1-S214.
 436. Groß, M. and B. Schlieper, Anregung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen in Ausbildung und Praxis, 1993, Hebammengemeinschaftshilfe.
 437. Gross, M., et al., Midwifery teams differ in their opinions regarding study participation, in Birth Issues 2007. p. 77-82.
 438. Groß, M., et al., Wie lange dauern Geburtsverläufe? Z Geburtshilfe Neonatol, 2005. 209(S 2): p. FV_7_1.
 439. Gross, M., et al., Women's experience of onset of labour – Is there a predictive value for birth duration after hospital admission?, in 6th World Congress of Perinatal Medicine 2003, J. Perinat Med 2003. p. 193.
 440. Groß, M., et al., Geburtshilflich-anästhesiologische Klinikprofile in Niedersachsen. Z Geburtshilfe Neonatol, 2005. 209(S 2): p. PO_2_3.
 441. Groß, M.M., Laudatio für die Preisträgerinnen. Die Hebamme, 2003. 16(16): p. 196.
 442. Groß, M.M., Hebammentätigkeit und Strukturen. Hebamme, 2004. 17(02): p. 72,72.
 443. Groß, M.M., Evidenzbasierte Geburtshilfe in einem australischen Universitätskrankenhaus. Hebamme, 2005. 18(04): p. 248,251.

444. Gross MM, Drobnic S, and K. MJNC, Influence of time-dependent variables on the duration of spontaneous first stage labor, in J. Perinat Med.2003. p. 196.
445. Gross, M.M., et al., Onset of labour: women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration, in Archives of gynecology and obstetrics2009.
446. Gross, M.M., S. Drobnic, and M.J.N.C. Keirse, Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor, in Birth (Berkeley, Calif.)2005.
447. Gross, M.M., et al., The timing of amniotomy, oxytocin and epidural and its association to labor duration and mode of birth. Am J Obstet Gynecol, 2007. 197(6, Supplement): p. S101.
448. Gross, M.M., et al., Women's recognition of the spontaneous onset of labor, in Birth (Berkeley, Calif.)2003.
449. Gross, M.M., H. Hecker, and M.J.N.C. Keirse, An evaluation of pain and "fitness" during labor and its acceptability to women, in Birth (Berkeley, Calif.)2005.
450. Gross, M.M., et al., Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour?, in BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology2006.
451. Gross, M.M. and M.J.N.C. Keirse, Die Klinik des spontanen Geburtsbeginns in der geburtshilflichen Forschung, in Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung2002.
452. Gross, M.M., et al., Association between women's self-diagnosis of labor and labor duration after admission, in Journal of Perinatal Medicine2010.
453. Großkopf, V., Vorschriften für das Gesundheitswesen - EU-Richtlinien, Gesetze und Verordnungen ; [mit einer erläuternden Einführung des Herausgebers und den Änderungen des SGB XI zum 1.1.2002 durch das PQsG sowie die Heimrechtsnovelle], 2001, Luchterhand.
454. Gulitz, E., M. Bustillo-Hernandez, and E.B. Kent, Missed cancer screening opportunities among older women: A provider survey. Cancer Pract, 1998. 6(6): p. 325-32.
455. Hadden, D.R., et al., Obstetric and diabetic care for pregnancy in diabetic women: 10 years outcome analysis, 1985-1995. Diabet Med, 2001. 18(7): p. 546-53.
456. Haertsch, M., E. Campbell, and R. Sanson-Fisher, Who can provide antenatal care? The views of obstetricians and midwives. Aust N Z J Public Health, 1998. 22(4): p. 471-5.
457. Haire, D., Improving the outcome of pregnancy through increased utilization of midwives. J Nurse Midwifery, 1981. 26(1): p. 5-8.
458. Haire, D., 1996 update on obstetric drugs and procedures: their effects on maternal and infant outcome, in ICM 24th Triennale Congress1996: Oslo.
459. Hajek, P., et al., Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. Addiction (Abingdon, England), 2001. 96(Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Turner Street, London E1 2AD, UK. p.hajek@mds.qmw.ac.uk).
460. Hall, J., Midwifery doesn't change--with time or place. Pract Midwife, 2009. 12(2): p. 4-5.
461. Hall, J., Midwifery basics: understanding research (5): interpreting qualitative data. Practising Midwife, 2010. 13(3): p. 32-35.

462. Hall, J., Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*, 2011. 27(London, Kent, Surrey and Sussex Deanery, UK. jenniferhall@nhs.net).
463. Hall Moran, V., et al. A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers (Provisional abstract). *Midwifery*, 2007. 157-171.
464. Halldorsdottir, S. and S.I. Karlsdottir, The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*, 2011. 25(4): p. 806-817.
465. Halves, C.B., C, Was ist anders? Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen. *Impulse* 2010. 62/2009: p. S.14-15.
466. Hancock, H., et al., They were different and few: an Australian study of midwives' attitudes to research and computerised research findings. *Aust Coll Midwives Inc J*, 2000. 13(1): p. 7-13.
467. Hangsleben, K.L. and N.L. Schamber, A computer-analyzed data collection system for nurse-midwifery services. Two years' experience. *J Nurse Midwifery*, 1985. 30(4): p. 212-21.
468. Hans, J.D. and C. Kimberly, An educational intervention to change planned behavior concerning midwife-assisted out-of-hospital childbirth. *J Midwifery Womens Health*, 2011. 56(Department of Family Studies, University of Kentucky, Lexington, KY 40506-0054, USA. jhans@uky.edu).
469. Harbison, J., Making complex choices: ante-natal screening. *Mod Midwife*, 1996. 6(10): p. 22-5.
470. Harder, U., et al., Hebammen präferieren vaginale Geburt statt Wunschsektio. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2002. 206(02): p. 72,74.
471. Harding, J.E., D.R. Elbourne, and W.J. Prendiville, Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized, controlled trial of active management of the third stage of labor. *Birth*, 1989. 16(1): p. 1-6.
472. Harding, S. and H. Kelle, *Das Geschlecht des Wissens: Frauen denken die Wissenschaft neu*, 1994, Campus Verl.: Frankfurt a. M.; New York.
473. Harris, M., The impact of research findings on current practice in relieving postpartum perineal pain in a large district general hospital. *Midwifery*, 1992. 8(3): p. 125-31.
474. Hart, E. and M. Bond, Making sense of action research through the use of a typology. *J Adv Nurs*, 1996. 23(1): p. 152-9.
475. Harvey, S., et al. A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth*, 1996. 128-35.
476. Harvey, S., et al. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 2002. 260-7.
477. Hatem, M., et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.
478. Hattori, R. and H. Hattori Breastfeeding twins: guidelines for success. *Birth*, 1999. 37-42.
479. Hawkins, J.W., Evidence-based practice: a new name for an old concept? *Clin Excell Nurse Pract*, 2000. 4(5): p. 261-2.
480. Hawkins, S. Water vs conventional births: infection rates compared. *Nurs Times*, 1995. 38-40.

481. Heavey, E.J., et al., Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic. *J Midwifery Womens Health*, 2008. 53(State University of New York College at Brockport, School of Nursing, 350 New Campus Dr., Brockport, NY 14420-2988, USA. eheavey@brockport.edu).
482. Hegarty, J., et al., A review of nursing and midwifery education research in the Republic of Ireland. *Nurse Educ Today*, 2008. 28(6): p. 720-36.
483. Hegarty, K., et al., Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy. *Birth*, 2007. 34(Department of General Practice, Murdoch Children's Research Institute, University of Melbourne, and Mercy Hospital for Women, Melbourne, Victoria, Australia.).
484. Heiberg, E., Pelvic pain in pregnancy - a biocultural syndrome?, in *ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo*.
485. Heimbach, B., Kinderwunsch trotz Mukoviszidose. Birgit Heimbach hat umfangreich recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift*2001.
486. Heimbach, B. and W. Schmidbauer, Vom Helfersyndrom zum Burn-out. Birgit Heimbach fasst zusammen, was Dr. Wolfgang Schmidbauer über den Zusammenhang von zwei Syndromen erforscht hat, in *Deutsche Hebammenzeitschrift*2005.
487. Heinsohn, G. and O. Steiger, *Die Vernichtung der Weisen Frauen: Hexenverfolgung, Kinderwelten, Menschenproduktion, Bevölkerungswissenschaft*, 1987, Heyne.
488. Hellmers, C., Der Kaiserschnitt als Flucht, Rettung oder Ressource? Rundbrief Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, 2008(Nr. 24): p. S. 40.
489. Hellmers, C., Schücking, B., Mode of birth and well-being in Germany and USA, in *9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28.Oktober 2009*2009, *Journal of Perinatal Medicine*, 37 (Supplement),: Berlin. p. S.655.
490. Hellmers, C., Wach sein und zweifeln können. Prof. Dr. Claudia Hellmers über die Grundvoraussetzungen, unter denen Hebammenkunst sich entfalten kann. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 2010. -(ger).
491. Hellmers, C. and A. Kehrbach, Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung. *Hebamme*, 2006. 19(04): p. 262,264.
492. Hellmers, C., A. Krah, and B. Schücking, Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe: Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. *Geburtsh Frauenheilk*, 2010. 70(07): p. 553,560.
493. Hellmers, C., A. Krah, and B. Schücking, Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe: Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 2010. 70(ger).
494. Hellmers, C. and B. Schücking, Handlungsleitlinien geburtshilflicher ExpertInnen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2005. 209(S 2): p. PO_2_5.
495. Hellmers, C. and B. Schücking, Caesarean Section on Request in Germany: Who prefers it, 2007, *Journal of Perinatal Medicine*. p. 173.
496. Hellmers, C. and B. Schücking, Decision Making Criteria for interventions in obstetrics. *Journal of Perinatal Medicine* 2007. 35(Supplement II): p. 173.
497. Hellmers, C. and B. Schücking, Geburtsmodus-Wunsch, Wohlbefinden und Kohärenzgefühl bei Erstgebärenden. *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 67(02):

- p. FV_8.
498. Hellmers, C. and B. Schücking, Die Entscheidung für oder gegen Interventionen in der Geburtshilfe. *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 67(02): p. PO_12.
 499. Hellmers, C. and B. Schücking, Geburtshilfliche Interventionen und maternale Wünsche. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2007. 211(S 2): p. PO_02_03.
 500. Hellmers, C. and B. Schücking. Wohlbefinden in der Schwangerschaft und im Wochenbett. in XI. Hebammenkongress . Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang . . 2007. Leipzig.
 501. Hellmers, C. and B. Schücking. Wie wirkt sich die Implementierung eines Hebammenkreißsaals auf die Entscheidungskriterien für geburtshilfliche Interventionen aus? in XI. Hebammenkongress - Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an. . 2007. Leipzig.
 502. Hellmers, C. and B. Schücking, Implementierung und Auswirkung eines Hebammenkreißsaals aus Sicht des ärztlichen Teams. *Geburtsh Frauenheilk*, 2008. 68(S 01): p. PO_Geb_02_03.
 503. Hellmers, C. and B. Schücking, Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA, 2008.
 504. Hellmers, C. and B.A. Schücking, Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Hebamme*, 2005. 18(02): p. 79,82.
 505. Hellmers, C. and B.A. Schücking, Welche Entscheidungskriterien nutzen ExpertInnen zur Durchführung geburtshilflicher Interventionen? *Geburtsh Frauenheilk*, 2006. 67(S 1): p. PO_G_02_13.
 506. Hemminki, E., et al. Iron supplementation during pregnancy--experiences of a randomized trial relying on health service personnel. *Control Clin Trials*, 1989. 290-8.
 507. Hewison, J., Approaching research in the health services. *Midwives*, 1995. 108(1293): p. 319-21.
 508. Hewitt, V., et al. Nursing and midwifery management of hypoglycaemia in healthy term neonates (Provisional abstract). *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2005. 169-205.
 509. Hicks, C., Research in midwifery: are midwives their own worst enemies? *Midwifery*, 1992. 8(1): p. 12-8.
 510. Hicks, C., Good researcher, poor midwife: an investigation into the impact of central trait descriptions on assumptions of professional competencies. *Midwifery*, 1995. 11(2): p. 81-7.
 511. Hicks, C., P. Spurgeon, and F. Barwell, Changing Childbirth: a pilot project. *J Adv Nurs*, 2003. 42(6): p. 617-28.
 512. Higgins JPT, D.J.e., Chapter 7: Selecting studies and collecting data, in *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1* (updated September 2008), G.S.e. Higgins JPT, Editor 2008, The Cochrane Collaboration.
 513. Higgins JPT, G.S., *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, 2008.
 514. Hillier, D. and W. Caan, Researching the public health role of the midwife. *British Journal of Midwifery*, 2002. 10(9): p. 545-547.
 515. Hilpert, C., *Mainzer Hebammen in früheren Jahrhunderten - Frauengesundheit*, 2002, Stadt Mainz, Frauenbüro: Mainz.

516. Hinderaker, S.G., et al., Avoidable stillbirths and neonatal deaths in rural Tanzania. *BJOG*, 2003. 110(6): p. 616-23.
517. Hindley, C. and A.M. Thomson, The rhetoric of informed choice: perspectives from midwives on intrapartum fetal heart rate monitoring. *Health Expect*, 2005. 8(4): p. 306-14.
518. Hinsliff, S.W., C. Hindley, and A.M. Thomson, A survey of regional guidelines for intrapartum electronic fetal monitoring in women at low obstetric risk. *Midwifery*, 2004. 20(4): p. 345-57.
519. Hinxlage, S., et al., Prädiktoren für den Verlauf und das Outcome der Eröffnungsphase - ein erster empirischer Zugang im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 68(08): p. P10.
520. Hlady, W.G., et al., Utilization of medically-trained birth attendants in rural Bangladesh. *Asia Pac J Public Health*, 1992. 6(1): p. 18-24.
521. Hoddinott, P., R. Pill, and M. Chalmers, Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Fam Pract*, 2007. 24(1): p. 84-91.
522. Hodnett, E.D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD000062.pub2.
523. Hodnett, E.D., et al. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub3.
524. Hodnett, E.D., et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
525. Hodnett, E.D., et al., Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *BMJ*, 2008. 337(Lawrence S Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, 155 College St, Toronto, ON, Canada, M5T 1P8. ellen.hodnett@utoronto.ca).
526. Hoffbrand, S.E., L. Howard, and H. Crawley Antidepressant treatment for post-natal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001. DOI: 10.1002/14651858.CD002018.
527. Holman, S., Epidemiology and transmission of HIV infection in women. Considerations for nurse-midwives. *J Nurse Midwifery*, 1989. 34(5): p. 233-41.
528. Holt, F.E., et al. Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003. DOI: 10.1002/14651858.CD003150.
529. Holz, K.A., A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(1): p. 13-8.
530. Hölzer, S., W. Wächter, and J. Dudeck, Auswahl, Probleme und Perspektiven von Qualitätsindikatoren.; Selection, problems and perspective of quality indicators, in *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung : in Zusammenarbeit mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen* 2001.
531. Homer, C. Incorporating cultural diversity in randomised controlled trials in midwifery. *Midwifery*, 2000. 252-9.
532. Homer, C., Immersion in water during first stage of labor. *Birth*, 2002.

- 29(1): p. 76-7.
533. Homer, C.S., Using the Zelen design in randomized controlled trials: debates and controversies. *J Adv Nurs*, 2002. 38(2): p. 200-7.
534. Homer, C.S., et al., Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 2002. 18(2): p. 102-12.
535. Hotz, S., Heimliche Herrscher, Leistungsprämien, Qualifikationen und originäre Hebammenarbeit. *Hebammenforum* 2008. 11: p. 933.
536. Hounton, S., et al., Effects of a Skilled Care Initiative on pregnancy-related mortality in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health*, 2008. 13 Suppl 1: p. 53-60.
537. Howard, E. and J. Morarty, Beyond technology: documenting the art of midwifery, in *ICM 24th Triennale Congress* 1996: Oslo.
538. Howard, L., et al. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD004363.pub2.
539. <http://www.uni-duesseldorf.de/muendlichkeit/Projekt-Netz/DIN.htm>, Projektdefinition, Zugriff 05.12.2012.
540. Hueston, W.J. and M. Murry, A three-tier model for the delivery of rural obstetrical care using a nurse midwife and family physician copractice. *J Rural Health*, 1992. 8(4): p. 283-90.
541. Hughes, C., Phenomenological qualitative interviewing and the novice researcher. *Pract Midwife*, 2010. 13(2): p. 22-3.
542. Hughes, H., Management of postpartum loss of libido. *J Fam Health Care*, 2008. 18(4): p. 123-5.
543. Humphreys, A., et al., A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants. *J Clin Nurs*, 2007. 16(10): p. 1792-808.
544. Hundley, V. and W. Graham, Research and audit in midwifery: does the difference matter? *British Journal of Midwifery*, 1997. 5(11): p. 664-668.
545. Hundley, V., et al., Raising research awareness among midwives and nurses: does it work? *J Adv Nurs*, 2000. 31(1): p. 78-88.
546. Hundley, V. and E. van Teijlingen, Getting started in research. *RCM Midwives*, 2002. 5(10): p. 328-30.
547. Hundley, V. and E. van Teijlingen, The role of pilot studies in midwifery research. *RCM Midwives*, 2002. 5(11): p. 372-4.
548. Hundley, V.A., et al., Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery*, 1995. 11(4): p. 163-73.
549. Hunter, B. and J. Segrott, Using a clinical pathway to support normal birth: impact on practitioner roles and working practices. *Birth*, 2010. 37(3): p. 227-36.
550. Hunter, D.J.S., Commentary: midwifery in Ontario. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 1990. 17(3): p. 145-145.
551. Hunter, I. and S. Forsyth, Detection of hearing loss in infants. *Pract Midwife*, 1998. 1(7-8): p. 30-3.
552. Hunter, L.P., Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2002. 31(6): p. 650-7.
553. Hunter, L.P., A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. *Midwifery*, 2008. 24(4): p. 405-415.
554. Huntington, A., et al., The Internet as a research site: establishment of a

- web-based longitudinal study of the nursing and midwifery workforce in three countries. *J Adv Nurs*, 2009. 65(6): p. 1309-17.
555. Hurzeler, C., Use of the certified nurse-midwife in the education of the lay-midwife. *J Nurse Midwifery*, 1981. 26(3): p. 57-9.
556. Illing, S., B. Salis, and T.B. Strahleck, *Kinderheilkunde für Hebammen*, 2003, Hippokrates-Verl.
557. Illing, S., B. Salis, and T.B. Strahleck, *Kinderheilkunde für Hebammen*, 2008, Hippokrates-Verl.
558. Inch, S., S. Law, and L. Wallace Hands off! The Breastfeeding Best Start Project (2). *Pract Midwife*, 2003. 24-5.
559. Ind, T., The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(9): p. 1099.
560. Inoue, M., R. Chapman, and D. Wynaden, Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *J Adv Nurs*, 2006. 55(5): p. 559-67.
561. Isaacs, S.L., Nonphysician distribution of contraception in Latin America and the Caribbean. *Fam Plann Perspect*, 1975. 7(4): p. 158-64.
562. Jackson, D., Building research by community. *J Adv Nurs*, 2005. 50(3): p. 229-30.
563. Jackson, D.J., et al., Use of the nurse-midwifery clinical data set for classification of subjects in birth center research. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(4): p. 197-213.
564. Jäger, S., Wie komme ich an wissenschaftliche Literatur? Ein Wegweiser für Hebammen ; [überarbeitete und erweiterte Fassung eines Arbeitspapierees für den 2. Workshop "Hebammen Forschen", Kassel, 19. - 22. März 1992], 1993, HGH.
565. James, D.C., K.R. Simpson, and G.E. Knox, How do expert labor nurses view their role? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2003. 32(6): p. 814-23.
566. Jamjute, P., P. Eedarapalli, and S. Jain, Awareness of correct use of a seatbelt among pregnant women and health professionals: a multicentric survey. *J Obstet Gynaecol*, 2005. 25(6): p. 550-3.
567. Janssen, P., et al., Roundtable discussion: Early labor: what's the problem?, in *Birth* (Berkeley, Calif.)2009.
568. Janssen, P.A. and M.C. Klein, Time for improved standards for studies of home birth. *Am J Obstet Gynecol*, 2010. 203(5): p. e11-2; author reply e12.
569. Janssen, P.A., et al., An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*, 2003. 48(2): p. 138-45.
570. Jarrett, R.J., Should we screen for gestational diabetes? *Pract Midwife*, 1998. 1(4): p. 22-3.
571. Jefford, E., K. Fahy, and D. Sundin, Decision-making theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. *Int J Nurs Pract*, 2011. 17(3): p. 246-53.
572. Jenniges, K. and L. Evans, Premature rupture of the membranes with routine cervical exams. *J Nurse Midwifery*, 1990. 35(1): p. 46-9.
573. Jenny, F.B., "Sie habe 3024 Kinder gehoben"-das Thurgauische Hebammenwesen 1799 - 1869, 2005, Juris-Dr. und Verl.
574. Johnson, K.C. and B.A. Daviss, Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 2005. 330(7505): p. 1416.

575. Johnson, P.G., Midwife and nurse-midwife. The effect of title on perception and confidence in services provided by professional midwives. The Midwifery Research Project Group. *J Nurse Midwifery*, 1998. 43(4): p. 296-304.
576. Johnston, C., Ontario's birthing-centre concept may have impact on hospitals, MDs. *CMAJ*, 1993. 148(6): p. 1004-6.
577. Jokhio, A.H., H.R. Winter, and K.K. Cheng, An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N Engl J Med*, 2005. 352(20): p. 2091-9.
578. Jones, A., F. Henwood, and A. Hart, Research into EPRs: how midwives really feel. *RCM Midwives*, 2004. 7(8): p. 336-9.
579. Jones, E., P. Jones, and A. Spencer Breastfeeding and returning to work. *Pract Midwife*, 2004. 17-8, 20, 22.
580. Jones, K. and L. Griffiths, Back to the floor Friday: evaluation of the impact on the patient experience. *J Nurs Manag*, 2011. 19(2): p. 170-6.
581. Jones-Vessey, K., 2002 North Carolina live births attended by certified nurse midwives. *N C Med J*, 2004. 65(2): p. 118-9.
582. Jonquil, S.G., Group B strep update. *Midwifery Today Childbirth Educ*, 1997(42): p. 30-1.
583. Jowett, S., et al., The UKCC's Scope of Professional Practice--some implications for health care delivery. *J Nurs Manag*, 2001. 9(2): p. 93-100.
584. Jowitt, M., Midwifery research -- where next? *Midwifery Matters*, 2001(91): p. 2-2.
585. Jurgelucks, C., Kaiserschnitt - Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen, 2004, Mabuse-Verl.
586. Just, S., Neujahrs Symposium im Zeichen des "Notfallmanagements". Susanne Just gibt Einblicke in eine spannende Fortbildung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2008. -(de).
587. Kalist, D.E. and S.J. Spurr, The effect of state laws on the supply of advanced practice nurses. *Int J Health Care Finance Econ*, 2004. 4(4): p. 271-81.
588. Kaplan, L. and M.A. Brown, The transition of nurse practitioners to changes in prescriptive authority. *J Nurs Scholarsh*, 2007. 39(2): p. 184-90.
589. Kaplan-Marcusan, A., et al., Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Serv Res*, 2009. 9(Department of Social and Cultural Anthropology, Autonomous University of Barcelona, 08193 Bellaterra, Barcelona, Spain. adriana.kaplan@uab.cat).
590. Kassner, E., Entbindungsstuben in Polen. Elzbieta Kassner hat über die polnischen Entbindungsstuben der Nachkriegszeit als frühe Form von Geburtshäusern recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2006.
591. Kaufman, K., Commentary: midwifery in Ontario. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 1990. 17(3): p. 144-144.
592. Kaufman, K., A Canadian perspective on Jennifer Sleep's contribution. *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(12): p. 758-759.
593. Kaufmann, T., Failures in intrapartum care: midwives respond to CESDI. *RCM Midwives Journal* 1998. 1(11): p. 342.
594. Keeling, M., Art and science of midwifery.... Back page: is midwifery an art? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2002. 2003 Jan-Feb; 48(1).
595. Kehrbach, A., et al., Prävention ist Beziehung. *Hebammenforum*, 2007. 5:

- p. 348-353.
596. Kehrbach, A. and F.z. Sayn- Wittgenstein, Konzeptionelle Entwicklung innovativer Hebammenausbildung durch Lernortkooperation. *PrinterNet* 2007. 9 ((4)): p. 228-238.
 597. Kehrbach, A. and F. Sayn-Wittgenstein, Studie zum Berufsverständnis von Hebammen im Hebammenkreißsaal - Verändert sich die Beziehungsarbeit zwischen Gebärender und Hebamme? *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 67(02): p. PO_13.
 598. Kehrbach, A. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Exploring a new concept of clinical midwifery care in Germany, in *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress*, 1.-5.6.2008 2008, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.: Glasgow. p. S. 169-170.
 599. Kehrbach, A., et al., Wissenschaft und Praxis - wie es gehen könnte. *Hebammenforum* 2006. 10: p. 809-812.
 600. Keith, A.B., A.F. Coburn, and E. Mahoney, Satisfaction with practice in a rural state: perceptions of nurse practitioners and nurse midwives. *J Am Acad Nurse Pract*, 1998. 10(1): p. 9-17.
 601. Keller, R., *Diskursforschung : eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*, 2011, VS-Verl.: Wiesbaden.
 602. Kelly, H., C. Brady Marian, and P. Enderby Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub2.
 603. Kempe, A. and F. Nooraldin, The quality of maternal and child health services in Yemen - seen through women's eyes, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
 604. Kennedy, H.P., The essence of nurse-midwifery care: the woman's story in *ICM 24th Triennale Congress* 1996: Oslo.
 605. Kennedy, H.P., Enhancing Delphi research: methods and results. *J Adv Nurs*, 2004. 45(5): p. 504-11.
 606. Kennedy, H.P., Reflections on the past and future of midwifery research. *J Midwifery Womens Health*, 2005. 50(2): p. 110-2.
 607. Kennedy, H.P. and N.K. Lowe, Science and midwifery: paradigms and paradoxes. *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(2): p. 91-97.
 608. Kennedy, H.P., K.D. Schuiling, and P.A. Murphy, Developing midwifery knowledge: setting a research agenda. *J Midwifery Womens Health*, 2007. 52(2): p. 95-7.
 609. Kenney, J., Commentary on Human energy fields and birth: implications for research and practice, in *AWHONN's Women's Health Nursing Scan* 1993. p. 9.
 610. Kent, J., An evaluation of pre-registration midwifery education in England. *Research design: a case study approach*. *Midwifery*, 1992. 8(2): p. 69-75.
 611. Kenyon, S., et al., Letters... 'Euphemisms for an obstetric-led agenda' (*Br J Midwifery* Vol 7(7): 410). *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(9): p. 587-587.
 612. Kerckhoff, A., Heilende Frauen, in *Ärztinnen, Apothekerinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Pionierinnen der Naturheilkunde* 2010, Sandmann.
 613. Khan-Neelofur, D., M. Gulmezoglu, and J. Villar Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often: a systematic review of randomised controlled trials (Brief record). *Paediatric and*

- Perinatal Epidemiology, 1998. 7-26.
614. Kilvington, B., Staffing for Caesarean sections -- action plan for future change. *Journal of Operating Department Practice*, 2005. 2(2): p. 18-21.
615. Kindler, H. and K. Grossmann, Der Bedeutung von Vätern auf der Spur. Dr. über neue Ergebnisse aus der Väterforschung, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2002.
616. King, T., Guidelines for Ethical Research Collaboration across International and Culturally Diverse Communities. The Hague: International Confederation of Midwives. *J Midwifery Womens Health*, 2006. 51(4): p. 311-2.
617. Kirby, R.S., Do differences in accuracy of vital records and hospital discharge data between physician and nurse-midwife attended births matter? *Matern Child Health J*, 2009. 13(3): p. 293-4.
618. Kirkham, M., The culture of midwifery in the National Health Service in England. *J Adv Nurs*, 1999. 30(3): p. 732-9.
619. Kirkman, S., Reflective practice in midwifer. MIDIRS Study Day. Hot Topics In Midwifery, Hammersmith Hospital London, , 2000.
620. Kishi, H., et al., [Status and plans for improvement of research systems in midwifery education. A survey]. *Kango Kyoiku*, 1989. 30(2): p. 70-82.
621. Klein, M., Die Hebamme als Begleiterin beim Übergang zur Elternschaft, in *Hebammen Forum* 2004. p. 157 - 160.
622. Klein, M.C., The Quebec midwifery experiment: lessons for Canada. *Can J Public Health*, 2000. 91(1): p. 5-8.
623. Klenk, M., Der Hebammenkreißsaal – Wege zur Praxis. *Hebammenforum* 2005. 5: p. 337- 339.
624. Klomp, T., et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009351.
625. Knape, N., Haubrock, M., Economic evaluations in midwifery-led care in Germany. *Journal of Perinatal Medicine* 2007. 35(S II): p. S189.
626. Knape, N., Du bist das Krankenhaus! Marketing im Kreißaal. Nina Knape rät zu einem gut durchdachten Gesamtkonzept, mit dem die Einzelne sich identifizieren kann. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2007. -(de).
627. Knape, N., Blick aus der Vogelperspektive. Nina Knape schaut auf den Organismus Krankenhaus, der sich stetig wandeln muss. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2007. -(de).
628. Knape, N., Haubrock, M., Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Präventionsforschung. Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeitsanalysen alternativer geburtshilflicher Versorgungsformen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2007. 2(S1): p. 116-117.
629. Knape, N., Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 2010. 23(ger).
630. Knape, N., et al., Preferences of pregnant women comparing midwife-led and consultant-led care – First results from a cost-benefit analysis, in 9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28.Oktober 2009, *Journal of Perinatal Medicine: Berlin*. p. S. 713.
631. Knopf, M., Über die Weltkenntnis von Säuglingen. Prof. Dr. Knopf über aktuelle Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2001.
632. Knorz, B., A. Krah, and F. zu Sayn-Wittgenstein, Studie zur Förderung der

- Inanspruchnahme gesundheitsbildender Maßnahmen für sozial benachteiligte schwangere Frauen und Mädchen - Patienteninformation und -edukation: Geburtsvorbereitung. Geburtsh Frauenheilk, 2008. 68(S 01): p. PO_Gyn_03_41.
633. Knorz, B. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Psychosomatische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Schwangere durch Hebammen und Familienhebammen - Optimierung der Versorgung durch bedarfsorientierte Unterstützung und Gesundheitsedukation. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. PO_G_06_08.
634. Kodkany, B.S., et al., Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India: a joint collaboration between the United States and India. Int J Fertil Womens Med, 2004. 49(2): p. 91-6.
635. Koh, G., et al. Audio recordings of consultations with doctors for parents of critically sick babies. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD004502.pub2.
636. Koh, T.H., Combining the two neonatal examinations. Midwives perform a neonatal examination, so was this counted? BMJ, 1999. 319(7201): p. 53.
637. Koivula, M., et al., Research utilisation among nursing teachers in Finland: a national survey. Nurse Educ Today, 2011. 31(1): p. 24-30.
638. Koletzko, B., et al., Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Handlungsempfehlungen - Ein Konsensuspapier im Auftrag des bundesweiten Netzwerk Junge Familie. Infant nutrition and nutrition for breastfeeding mothers. Recommendations - a consensus paper commissioned by the German "Young Families' Network" (Netzwerk Junge Familie). Monatsschrift Kinderheilkunde, 2010. 158(ger).
639. Kolip, P., Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Rundbrief Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen . 2005. Nr. 20(November): p. 29-30.
640. Kolip, P., Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißaal" - Abschlussbericht des Teilprojektes 4 des Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizien (BIPS) "Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißaal" : Projektlaufzeit: 01.02.2004-31.03.2007, 2007.
641. Kolip, P. and O. von Rahden, Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2005. 209(S 2): p. PO_7_9.
642. Koong, D., et al., A scoring system for the prediction of successful delivery in low-risk birthing units. Obstet Gynecol, 1997. 89(5 Pt 1): p. 654-9.
643. Köster, H., B-Streptokokken - aktueller Forschungsstand und Perspektiven, in Die Hebamme 2011.
644. Krah, A., Eltern begleiten- heute und morgen. Hebammenforum 2007. 5: p. 344-348.
645. Krah, A., Sayn-Wittgenstein, F. zu., Interventionsstudie zur Betreuung von Gebärenden in der Latenzphase im Hebammenkreißaal. Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie, 2009. 213(S1): p. S. 56.
646. Krah, A., N. Bauer, and F.z. Sayn-Wittgenstein, Neue Pfade der Betreuung gehen. Deutsche Hebammen Zeitschrift, 2009. 9: p. S. 10-13.

647. Krah, A. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Potentials of independent midwifery care in Germany, in Abstracts of the International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008 in Glasgow (S. 169-170). Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.2008, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer: Glasgow p. S. 169-170.
648. Krah, A. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Midwifery orientating documentation tool to guide the care of women during the early labor period, in 9th World Congress of Perinatal Medicine2009, Journal of Perinatal Medicine, 37 (Supplement),: Berlin. p. S. 712.
649. Krah, A. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Interventionsstudie zur Betreuung von Gebärenden in der Latenzphase im Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. PO_G_06_09.
650. Kraus, N., What happens to CNMs if there are too many obstetricians in 1990? J Nurse Midwifery, 1981. 26(2): p. 1-4.
651. Kraus, N., Responding to claims and lawsuits. J Nurse Midwifery, 1985. 30(6): p. 347-8.
652. Krauss, S., Kirchner, S., Durch Veränderungen wachsen. Hebammenforum, 2005. 5: p. 340- 345.
653. Kruske, S. and L. Barclay, Effect of shifting policies on traditional birth attendant training. J Midwifery Womens Health, 2004. 49(4): p. 306-11.
654. Kuhn, T.S., Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft ; 25. Vol. Frankfurt am Main. 1976: Suhrkamp.
655. Kurth, E., Säuglingsschreien und mütterliche Müdigkeit in den ersten 12 Wochen nach der Geburt (Postnatal Infant Crying and Maternal Tiredness: Examining their evolution and interaction in the first 12 weeks postpartum), in Pflege2011.
656. Kurth E and e. al, Postnatal Infant Crying and Maternal Tiredness: Examining their evolution and interaction in the first 12 weeks postpartum, 2010.
657. Kurth E and e. al, Crying babies, tired mothers - challenges of the postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study, 2010.
658. Kurth, E., et al., Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review, in Midwifery2011.
659. Kurth, E., et al., Predictors of crying problems in the early postpartum period, in Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG2010.
660. Kvale, G., Appropriate technology for low risk parturients in the USA, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
661. Kvist, L.J., et al., A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. Midwifery, 2007. 23(2): p. 184-95.
662. Kvist, L.J., et al., Effects of acupuncture and care interventions on the outcome of inflammatory symptoms of the breast in lactating women. Int Nurs Rev, 2004. 51(1): p. 56-64.
663. Kwast BE, P.P., Vera E et al, The modified WHO partograph: do we need a latent phase? British Journal of Midwifery 2008. 16(8): p. 527-532.
664. Lagan, B.M., Internet-mediated research: a reflection on challenges encountered and lessons learnt. Evidence Based Midwifery, 2010. 8(1): p. 26-30.
665. Lakhani, M., R. Hsu, and I. Schofield, Women's attitudes to the

- development of midwifery group practices. *Br J Gen Pract*, 1998. 48(436): p. 1787-8.
666. Lange, U., Warum manche Kinder besser mit belastenden Lebensumständen fertig werden. *Hebamme*, 2009. 22(04): p. 259,261.
667. Langton, P.A. and D.A. Kammerer, Childbearing and women's choice of nurse-midwives in Washington, D.C. hospitals. *Women Health*, 1989. 15(2): p. 49-65.
668. Larkin V, B.M., The implications of rest and sleep following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 2000. 8(7): p. 438-442.
669. Lasch, V., Netzwerk Frauengesundheit - Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung ; Länderbericht Bundesrepublik Deutschland, 2000, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen.
670. Lauber, A., Grundlagen beruflicher Pflege 26 Tabellen. Verstehen & Pflegen ; 1. Vol. Stuttgart [u.a.]. 2001: Thieme.
671. Lavender, T., Midwifery research -- past, present and future. *MIDIRS Midwifery Digest*, 1999. 9(2): p. 166-169.
672. Lavender, T., et al., Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. *BJOG*, 2005. 112(8): p. 1047-53.
673. Lavender, T., L. Briscoe, and L. Baker, The evolution and destiny of midwifery research. *British Journal of Midwifery*, 2003. 11(10): p. S18.
674. Lavender, T., L. Briscoe, and C. Kingdon, Conference report. Enhancing clients' rights and quality of care. *British Journal of Midwifery*, 2004. 12(3): p. 142-143.
675. Lavender, T., et al., Letters... 'Euphemisms for an obstetric-led agenda' (*Br J Midwifery* Vol 7(7): 410). *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(8): p. 523-524.
676. Lavender, T. and S.A. Walkinshaw, Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*, 1998. 25(4): p. 215-9.
677. Lavender, T., S.A. Walkinshaw, and I. Walton, A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 1999. 15(1): p. 40-6.
678. Lazenbatt, A., Safeguarding children and public health: midwives' responsibilities. *Perspect Public Health*, 2010. 130(3): p. 118-26.
679. Lazenbatt, A., M.E. Thompson-Cree, and F. McMurray, The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*, 2005. 21(4): p. 322-34.
680. Ledward, A. and S. Jones, Introduction to ethics. *RCM Midwives*, 2005. 8(4): p. 163.
681. Lee, K.H., Improving the standards of midwifery education and practice and extending the role of a midwife in Korean women and children's health care. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2003. 33(8): p. 1111-8.
682. Lee, L.Y. and E. Holroyd Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *Int Nurs Rev*, 2009. 361-8.
683. Leefisma, M. Paradoxes in and around Israeli midwifery. in *The art and science of midwifery gives birth to a better future*. 1996. Oslo: ICM.
684. Leefisma, M., Paradoxes in and around Israeli midwifery, in *ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo*.
685. Leeners, B., E. Moeck, and W. Rath, Forschungsprojekt: Sexualität in der

- Schwangerschaft, in Die Hebamme 2001.
686. Lehrman, E.J. and L.L. Paine, Trends in nurse-midwifery. Results of the 1988 ACNM Division of Research Mini-Survey. *J Nurse Midwifery*, 1990. 35(4): p. 192-203.
687. Leisentritt, S. "Die Vernichtung der Weisen Frauen" - Realität oder Fehlinterpretation? 2009; Available from: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201009117439>.
688. Lennox, C.E. and B.E. Kwast, The partograph in community obstetrics. *Trop Doct*, 1995. 25(2): p. 56-63.
689. Leppert, P.C., An analysis of the reasons for Japan's low infant mortality rate. *J Nurse Midwifery*, 1993. 38(6): p. 353-7.
690. Leslie, M., Hope in hard times. *Journal of Perinatal Education*, 2008. 17(1): p. 7-10.
691. Levy, B.S., F.S. Wilkinson, and W.M. Marine, Reducing neonatal mortality rate with nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*, 2005. 50(2): p. e10-8.
692. Levy, V., Protective steering: a grounded theory study of the processes by which midwives facilitate informed choices during pregnancy. 1998. *J Adv Nurs*, 2006. 53(1): p. 114-22; discussion 122-4.
693. Lewin, S., et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub3.
694. Liabsuetrakul, T., et al. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD005456.pub2.
695. Liberati, A., et al., The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration, in *PLoS medicine* 2009.
696. Lin, C.-H., et al., Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *J Clin Nurs*, 2008. 17(Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan.).
697. Lindsay, B., Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability? *J Adv Nurs*, 2004. 45(1): p. 84-94.
698. Lister, P., The art of nursing in a 'postmodern' context. *J Adv Nurs*, 1997. 25(School of Health Studies, Nursing and Midwifery, Worcester College of Higher Education, Henwick Grove, England.).
699. LoBiondo-Wood, G. and J. Haber, *Pflegeforschung- Methoden, Bewertung, Anwendung*. Vol. München [u.a.]. 2005: Elsevier, Urban & Fischer.
700. LoCicero, A.K., Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Soc Sci Med*, 1993. 37(10): p. 1261-9.
701. Logan, P., Collecting the Newborn Screening Test (NST), via the heel prick. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1997. 10(4): p. 18-9.
702. Logan, P.W. Venepuncture versus heel prick for the collection of the Newborn Screening Test. *Aust J Adv Nurs*, 1999. 30-6.
703. Lopez, L.M., J.E. Hiller, and D.A. Grimes, Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010(Behavioral and Biomedical Research, Family Health International, P.O. Box 13950,

- Research Triangle Park, North Carolina, USA, 27709.).
704. Low, L.K., J.S. Seng, and J.M. Miller, Use of the Optimality Index-United States in perinatal clinical research: a validation study. *J Midwifery Womens Health*, 2008. 53(4): p. 302-9.
 705. Loytved, C., Perinatalerhebung für außerklinische Geburten 2000. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2001(1): p. 42-45.
 706. Loytved, C., Hebammen und ihre Lehrer - Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730 - 1850), 2002, Univ.-Verl. Rasch.
 707. Loytved, C., Frauen zur Schule geschickt: Hebammenschule im 18. Jahrhundert. *Die Hebamme*, 2002. 2: p. 113-116.
 708. Loytved, C., Aufgegeben oder abgenommen? Kompetenzverlust in der Hebammenausbildung. *Hebammenforum* 2003(5): p. 322-327.
 709. Loytved, C., Sind die Risikokriterien in der Schwangerenvorsorge ein gute Einschätzungshilfe für die Geburt. *Die Hebamme* 2003(16): p. 80-84.
 710. Loytved, C., Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. *Hebamme*, 2004. 17(01): p. 18,21.
 711. Loytved, C., Freiberuflich oder angestellt? Anforderungen an die Hebammenarbeit von morgen. *Dr. med. Mabuse*, 2004(150): p. 26-29.
 712. Loytved, C., Der Qualitätsbericht 2003 ist da. Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick. *Hebammen-Info* 2005(2): p. 14-15.
 713. Loytved, C., Die Hebamme im Gesundheitssystem 2005. *Hebamme*, 2005. 18(01): p. 6,10.
 714. Loytved, C., Lasst Mütter sprechen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 2006(1): p. 56-60.
 715. Loytved, C., Out-Of-Hospital Birth in Germany. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2006. 19(s1): p. 1-148.
 716. Loytved, C., Qualitätsmerkmale außerklinischer Geburtshilfe, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2009. p. S.66-70.
 717. Loytved, C., et al., Was meinte Naegele mit seiner Regel? *Hebamme*, 2009. 22(03): p. 142,148.
 718. Loytved, C. and C. Hellmers, Bezeichnung des Gestationsalters. "Ich bin in der 41. Woche.". *Hebammenforum*, 2010. 11(2): p. S. 114-117.
 719. Loytved, C., N. Knape, and A. Wiemer, Vom Kunststück die richtige Vergleichsgruppe zu finden. *Hebammenforum* 2006(12): p. 946-952.
 720. Loytved, C., et al., Perinatale Sterblichkeit in Europa. *Hebamme*, 2009. 22(02): p. 102,104.
 721. Loytved, C., B. Schuecking, and A. Wiemer, Post term in out- of- hospital - birth: a problem? *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2010. 282(Suppl 1): p. S 88.
 722. Loytved, C., et al., In 280 Tagen zur Geburt? *Hebammenforum*, 2009. 10(9): p. S. 708-713.
 723. Loytved, C., A. Wiemer, and P. Wenzlaff, Safety of out-of-hospital birth: results of 42,154 births started at home or in a birth center over a 5-year period in Germany. *Journal of Perinatal Medicine Issue*, 2009. 37(Supplement): p. 477.
 724. Lubic, R.W., Developing maternity services women will trust. *Am J Nurs*, 1975. 75(10): p. 1685-8, 1714.
 725. Lubic, R.W. and E.K. Ernst, The childbearing center: an alternative to conventional care. *Nurs Outlook*, 1978. 26(12): p. 754-60.
 726. Lugina, H., et al., Evidence-based midwifery in action. *Africa Midwives*

- Research Network. British Journal of Midwifery, 2002. 10(7): p. 451-454.
727. Lugina, H.I., et al., Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. J Midwifery Womens Health, 2001. 46(Huhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam, Tanzania.).
728. Luther, B., Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung - ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufs Anforderung, 2006, Shaker.
729. Luther, B., Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung. Ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufs Anforderung, in PR-InterNET2007.
730. Luyben, A. and V.E. Fleming, Women's needs from antenatal care in three European countries. 2005(0266-6138 (Print)).
731. Lydon-Rochelle, M. and L. Albers, Research trends in the Journal of Nurse-Midwifery 1987-1992. J Nurse Midwifery, 1993. 38(6): p. 343-8.
732. Lydon-Rochelle, M., et al., Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. Birth, 1993. 20(3): p. 132-5.
733. Lynn, D.E., Effects of temperature on the susceptibility of insect cells to infection by baculoviruses, in Methods Cell Sci2001. p. 221-5.
734. Lyons, J., Reflective education for professional practice: discovering knowledge from experience. Nurse Educ Today, 1999. 19(1): p. 29-34.
735. MacArthur, C., et al. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. Health Technol Assess, 2003. 1-98.
736. MacDonald, M. and I.L. Bourgeault, The politics of representation: doing and writing "interested" research on midwifery. Resour Fem Res, 2000. 28(1-2): p. 151-68.
737. MacEachern, L., Providers issue brief: scope of practice and prescriptive authority: year end report-2003. Issue Brief Health Policy Track Serv, 2003: p. 1-29.
738. Mackay, L., et al. Hormone replacement therapy for women with type 1 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008613.
739. MacKeith, N., The hurdles of direct entry. Mod Midwife, 1995. 5(10): p. 24-6.
740. Maclean, G.D. and H.I. Bowden, Developing a midwifery workload management system: a preliminary report. Midwifery, 1989. 5(4): p. 172-81.
741. Madden, K., et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.
742. Maggs, C., Towards a philosophy of continuing professional education in nursing, midwifery and health visiting. Nurse Educ Today, 1996. 16(2): p. 98-102.
743. Magnusson, C., G. Finnerty, and R. Pope, Methodological triangulation in midwifery education research. Nurse Res, 2005. 12(4): p. 30-9.
744. Majjala, H., E. Paavilainen, and P. Astedt-Kurki, The use of grounded theory to study interaction. Nurse Res, 2003. 11(2): p. 40-57.
745. Maimbolwa, M.C., et al., Views on involving a social support person during

- labor in Zambian maternities. *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(4): p. 226-34.
746. Main, D.M., E.K. Main, and D.H. Moore li, The relationship between maternal age and uterine dysfunction: A continuous effect throughout reproductive life. *Am J Obstet Gynecol*, 2000. 182(6): p. 1312-1320.
747. Mair, J., Foetal life and a legal duty of care. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1991. 4(3): p. 13-17.
748. Makowsky, K., Adipositas - kein Thema rund um die Geburt? Gesundheit und Wohlbefinden in peripartalen Phasen, 2009, V&R unipress ; Univ.-Verl.
749. Makowsky, K., Schücking, B., Vernetzt. Familienhebammen im System Früher Hilfen. Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe Mabuse Verlag. Frankfurt am Main. , 2010. Mai/Juni 2010: p. 52-54.
750. Makowsky, K., Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen : Familienhebammenbetreuung als ergänzendes Angebot der ambulanten. *Psychiatrische Pflege heute : Fachzeitschrift für die psychiatrische Pflege*, 2010. 16(ger).
751. Makowsky, K., et al., Familienhebammen: Frühe Unterstützung - Frühe Stärkung? Wirkungsevaluation des Projektes Familienhebammen im Landkreis Osnabrück. *Geburtsh Frauenheilk*, 2009. 69(02): p. A005.
752. Makowsky, K. and B. Schücking, Influencing Factors on Health and Well-Being of Obese Women Round Childbirth. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2006. 19(s1): p. 1-148.
753. Makowsky, K. and B. Schücking, Umgang mit Übergewicht und Adipositas im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung. *Geburtsh Frauenheilk*, 2009. 69(02): p. A004.
754. Makowsky, K. and B. Schücking, Familienhebammen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2010. 53(10): p. 1080-1088.
755. Makowsky, K. and B. Schücking, Familienhebammenbetreuung als ergänzendes Angebot der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. *Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen, in Psych. Pflege Heute* 2010 p. 138-141.
756. Makowsky, K. and B. Schuecking, How do family midwives positively influence the health and well-being of (expectant) mothers in stressful psychosocial circumstances? *European Society for Health and Medical Sociology (Final Programme)* 2010: p. p 16.
757. Makowsky, K. and B. Schuecking, Familienhebammen: Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter, in *Bundesgesundheitsblatt*. 2010. p. 1080-1088.
758. Manasyan, A., et al., Cost-effectiveness of essential newborn care training in urban first-level facilities. *Pediatrics*, 2011. 127(5): p. e1176-81.
759. Mander, R., Who continue? A preliminary examination of data on continuation of employment in midwifery. *Midwifery*, 1989. 5(1): p. 26-35.
760. Mander, R., Seeking approval for research access: the gatekeeper's role in facilitating a study of the care of the relinquishing mother. *J Adv Nurs*, 1992. 17(12): p. 1460-4.
761. Mander R, M.H., Birth settings and pain control trends among women in Finland. *British Journal of Midwifery*, 2007. 13(8): p. 504-509.

762. Mändle, C. and S. Opitz-Kreuter, Das Hebammenbuch, in Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe 2007, Schattauer.
763. Mändle, C., S. Opitz-Kreuter, and A. Wehling, Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 2000, Schattauer.
764. Mändle, C., S. Opitz-Kreuter, and A. Wehling, Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 2003, Schattauer.
765. Mann, R.J., San Francisco General Hospital nurse-midwifery practice: the first thousand births. *Am J Obstet Gynecol*, 1981. 140(6): p. 676-82.
766. Manning, D., et al., Sudden unexplained infant death and unexplained stillbirth in Wirral. *British Journal of Midwifery* 2007. 15(2): p. 95-97.
767. Marchant, S., Rigour and respect: aspects for consideration when undertaking and publishing research. *Midwifery*, 2010. 26(3): p. 264-7.
768. Marchant, S. and J. Alexander, Midwives' assessment of postnatal uterine involution - is it of value?, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
769. Martin-Hirsch, J. and G. Wright, The development of a quality model: measuring effective midwifery services (MEMS). *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 1998. 11(2-3): p. 50-7.
770. Mason, D.J., Turf battles. *Am J Nurs*, 1999. 99(7): p. 7.
771. Matar, H.E., et al., Policies for care during the third stage of labour: a survey of maternity units in Syria. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2010. 10: p. 32.
772. Matterne, A. and M.M. Groß, Sexualität im Übergang zur Elternschaft. *Hebamme*, 2005. 18(02): p. 94,100.
773. Matthews, A. and P.A. Scott, Perspectives on midwifery power: an exploration of the findings of the inquiry into peripartum hysterectomy at Our Lady of Lourdes Hospital, Drogheda, Ireland. *Nurs Inq*, 2008. 15(2): p. 127-34.
774. Matthews, A., P.A. Scott, and P. Gallagher, The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery*, 2009. 25(3): p. 327-35.
775. Mavalankar, D., K. Vora, and M. Prakasamma, Achieving Millennium Development Goal 5: is India serious? *Bull World Health Organ*, 2008. 86(4): p. 243-243A.
776. Mayerhofer, K., et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med*, 2002. 477-82.
777. Mayhew, M., et al., Determinants of skilled birth attendant utilization in Afghanistan: a cross-sectional study. *Am J Public Health*, 2008. 98(10): p. 1849-56.
778. Mayo, L., A sound remedy? A new treatment for 'morning sickness'. *Pract Midwife*, 2001. 4(10): p. 16-7.
779. Mazzocco, W.J., Jr., Use of non-physician practitioners. *Pa Med*, 1998. 101(10): p. 17-9.
780. McAllister, M., W. Moyle, and G. Iselin, Solution focused nursing: an evaluation of current practice. *Nurse Educ Today*, 2006. 26(5): p. 439-47.
781. McCall Emma, M., et al. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD004210.pub4.
782. McCandlish, R. and M. Renfrew Trial and tribulation. *Nurs Times*, 1991.

- 40-1.
783. McClurg, D., S. Hagen, and L. Dickinson Abdominal massage for the treatment of constipation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009089.
784. McCool, W., Cross-cultural measures of the relations between - stress, anxiety, and labor and delivery outcomes, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
785. McCool, W.F., Barriers to breast cancer screening in older women. A review. J Nurse Midwifery, 1994. 39(5): p. 283-99.
786. McCool, W.F., et al., The role of litigation in midwifery practice in the United States: results from a nationwide survey of certified nurse-midwives/certified midwives. J Midwifery Womens Health, 2007. 52(Midwifery Graduate Program, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA 19104, USA. mccoowf@nursing.upenn.edu).
787. McCourt, C., Research and theory for Nursing and Midwifery: Rethinking the Nature of Evidence. Worldviews Evid Based Nurs, 2005. 2(2): p. 75-83.
788. McCourt, C. and S. Beake, Using Midwifery Monitor to assess quality in two maternity care systems. Pract Midwife, 2001. 4(2): p. 23-9.
789. McCourt, C., et al., Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. Birth, 1998. 25(2): p. 73-80.
790. McCraw, R.K., Recent innovations in childbirth: Dangerous Proposals, harmless fads, or wave of the future? J Nurse Midwifery, 1989. 34(4): p. 206-210.
791. McCraw, R.K., Recent innovations in childbirth. Dangerous proposals, harmless fads, or wave of the future? J Nurse Midwifery, 1989. 34(eng).
792. McCrea, H. and V. Crute, Midwife/client relationship: midwives' perspectives. Midwifery, 1991. 7(4): p. 183-92.
793. McDonald, L., Group B strep screening. Midwifery Today Int Midwife, 1999(52): p. 44-6.
794. McDonald, S., Timing of interventions in the third stage of labour, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
795. McGeough, E., et al. Interventions for post-stroke fatigue. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD007030.pub2.
796. McGowan, A., et al., 'Breathe': the stop smoking service for pregnant women in Glasgow. Midwifery, 2010. 26(3): p. e1-e13.
797. McGowan, I., M. Sinclair, and M. Owens, Maternal suicide: rates and trends. RCM Midwives, 2007. 10(eng).
798. McGuire, M.M., et al., Using focus groups in midwifery research. Pract Midwife, 1998. 1(7-8): p. 54-5.
799. McInnes, E., et al. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD001735.pub4.
800. McIntosh, E., et al. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention (Structured abstract). Journal of Public Health, 2009. 423-333.
801. McKee, M., et al., Can out-of-hours work by junior doctors in obstetrics be reduced? Br J Obstet Gynaecol, 1992. 99(3): p. 197-202.
802. McKinley, A., Health care providers and facilities issue brief: scope of

- practice and prescriptive authority: year end report-2004. Issue Brief Health Policy Track Serv, 2004: p. 1-13.
803. McLachlan H. L., et al., COSMOS: COMparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth, 2008. 8: p. 35.
804. McLean, M.T., Gestational diabetes: the reality. Midwifery Today Childbirth Educ, 1993(28): p. 11.
805. McLeod, D., et al., The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. Midwifery, 2003. 19(4): p. 285-97.
806. McLeod, D., et al., Can support and education for smoking cessation and reduction be provided effectively by midwives within primary maternity care? Midwifery, 2004. 20(1): p. 37-50.
807. McLoughlin, A., The 'F' factor: feminism forsaken? Nurse Educ Today, 1997. 17(2): p. 111-4.
808. Mead, M., Research. A professional responsibility. Midwives, 1995. 108(1293): p. 322.
809. Menelli, S. and A. Smith, The business of birthing: the write way to more clients. Midwifery Today Int Midwife, 2006(79): p. 9, 61.
810. Menendez, C., et al., Malaria chemoprophylaxis, infection of the placenta and birth weight in Gambian primigravidae. J Trop Med Hyg, 1994. 97(4): p. 244-8.
811. Meskell, P., K. Murphy, and D. Shaw, The clinical role of lecturers in nursing in Ireland: perceptions from key stakeholder groups in nurse education on the role. Nurse Educ Today, 2009. 29(7): p. 784-90.
812. Metz-Becker, M.H., Hebammenkunst gestern und heute: zur Kultur des Gebärens durch drei Jahrhunderte, 1999, Jonas-Verlag: Marburg.
813. Michelsen, C., S. Schling, and M. Gross, Models of midwifery care in Germany, in Archives of Gynecology and Obstetrics 2010. p. 63-270.
814. Miller, S., et al., Certified nurse-midwife and physician collaborative practice. Piloting a survey on the Internet. J Nurse Midwifery, 1997. 42(4): p. 308-15.
815. Mills, M., et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD007730.
816. Mitchell, M. and D. Salmon, Professional issues. Involving the user in midwifery research. British Journal of Midwifery, 1999. 7(6): p. 389-393.
817. MM, S.C.W.P.H.H.G., Prozessorientierte Qualitätssicherung während der Betreuung von Gebärenden, in Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, NPEXtra 2004 2005, Verlag Wissenschaftliche Scripten - Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) Zwickau. p. S. 171-174.
818. Moeller, K.v., C. Loytved, and B. Schücking, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. Z Geburtshilfe Neonatol, 2007. 211(S 2): p. PO_01_14.
819. Moeller, K.v., C. Loytved, and B. Schücking, Schwangerschaftsgewicht und Wohlbefinden. Geburtsh Frauenheilk, 2008. 68(S 01): p. PO_Geb_04_26.
820. Moeller, K.v., C. Loytved, and B. Schücking, Schwangerschaftsgewicht und Outcome, in Gesundheitswesen2008.
821. Moeller, K.v., B. Schücking, and C. Loytved, Prägravid BMI und Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. Gesundheitswesen, 2011. 73(08/09): p. A372.

822. Moers, M. and D. Schaeffer, Theorieentwicklung. Pflege theorien heute: Wie können Sie die Praxisentwicklung fördern? Teil 1. Die Schwester, Der Pfleger, 2006. -(de).
823. Moers, M. and D. Schaeffer, Pflege theorien heute: Wie können sie die Praxisentwicklung fördern? Teil 2. Die Schwester, Der Pfleger, 2007. 46(de).
824. Moher, D., K.F. Schulz, and D.G. Altman, Das CONSORT Statement. Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. Der Schmerz, 2005. 19(de).
825. Mollart, L. Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. Complementary therapies in nursing & midwifery, 2003. 203-8.
826. Montalto, A., et al., Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta. Midwifery, 2010. 26(Department of Paediatrics, St. Luke's & Mater Dei Hospitals, Malta. simon.attard-montalto@gov.mt).
827. Mooney B. and Timmins F., Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. Nurse Educ Pract, 2007. 7(5): p. 275-84.
828. Moore, K.N., M. Fader, and K. Getliffe Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD006008.pub2.
829. Moore, S., Fetus eggs MIDIRS Midwifery Digest - Journal article - vol 4, no 4, December 1994, p 491 1994. 4(4): p. 491.
830. Moore, S., Wet soils linked to infant deaths. MIDIRS Midwifery Digest, 1994. 4(2): p. 240.
831. Moore, S., GPs criticised MIDIRS Midwifery Digest 1995. 5(2): p. 233.
832. Moore, S., Enquiry into baby deaths (News from Parliament). DIRS Midwifery Digest 1995. 5(2): p. 233.
833. Moore, S., Cot death fury MIDIRS Midwifery Digest, 1995. 5(1): p. 111.
834. Moore, S., Research funds (News from Parliament). MIDIRS Midwifery Digest 1996. 6(2): p. 237.
835. Moore Zena, E.H. and J. Webster Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009362.
836. Morrall, D., A national thesaurus. Mod Midwife, 1994. 4(12): p. 31.
837. Morrell, C.J., et al. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial (Structured abstract). BMJ, 2000. 593-598.
838. Morrell, C.J., et al. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. Health Technol Assess, 2000. 1-100.
839. Morris, J., et al., Treating uterine atony with the nonpneumatic anti-shock garment in Egypt African Journal of Midwifery and Women's Health 2011. 5(1): p. 37 - 42.
840. Morris-Thompson, P., Consumers, continuity and control. Nurs Times, 1992. 88(26): p. 29-31.
841. Morten, A., et al., Certified nurse-midwifery care of the postpartum client. A descriptive study. J Nurse Midwifery, 1991. 36(5): p. 276-88.
842. Moseley, A.M., et al. Treadmill training and body weight support for walking

- after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD002840.pub2.
843. Moseley, R. and C. Bell, Prenatal screening for illegal drugs. Dilemma for the nurse-midwife. *J Nurse Midwifery*, 1991. 36(4): p. 245-8.
844. Mudokweny, U. and C. Rawdon, Midwives' and mothers' perceptions of perinatal bereavement care in Zimbabwe, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
845. Mudokwenyu-Rawdon, C. and R. Nikarawu, Africa Midwives Research Network: Christina Mudokwenyu-Rawdon & Rebecca Nikarawu report on an initiative in action-oriented research or evidence-based practice. *International Midwifery*, 2001. 14(6): p. 8-9.
846. Mühlhauser, I. and M. Berger, Surrogat- Marker: Trugschlüsse. *Deutsches Ärzteblatt* 93, 1996. 49.
847. Murphy, C.A., et al., Peer-mentoring for first-time mothers from areas of socio-economic disadvantage: a qualitative study within a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 2008. 8: p. 46.
848. Murphy, P.A., Clinical epidemiology. Applying science to the art of nurse-midwifery. *J Nurse Midwifery*, 1992. 37(4): p. 219-21.
849. Murphy, P.A., Risk, risk assessment, and risk labels. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(2): p. 67-9.
850. Murphy, P.A., Primary care for women. Screening tests and preventive services recommendations. *J Nurse Midwifery*, 1995. 40(2): p. 74-87.
851. Murphy, P.A., Design and methodology in a community, practice-based research network: a study of nurse-midwifery home-birth practice. *Midwifery*, 1998. 14(3): p. 155-61.
852. Murphy, P.A., Midwifery research: rights and responsibilities. *J Midwifery Womens Health*, 2007. 52(2): p. 93-4.
853. Murphy, P.A., Evidence-based practice: what evidence counts? *J Midwifery Womens Health*, 2011. 56(4): p. 323-4.
854. Murphy, P.A. and L.L. Albers, Evaluation of research studies. Part II: Observational studies. *J Nurse Midwifery*, 1992. 37(6): p. 411-3.
855. Murphy, P.A. and J.T. Fullerton, Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(5): p. 274-84.
856. Murphy-Black, R., Research issues: developments in midwifery research... part 2. Senior Nurse, 1987. 6(5): p. 7-7.
857. Murphy-Black, T., Systems of midwifery care in use in Scotland. *Midwifery*, 1992. 8(3): p. 113-24.
858. Muthu, V. and C. Fischbacher Free-standing midwife-led maternity units: a safe and effective alternative to hospital delivery for low-risk women? (Structured abstract). *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 2004. 325-331.
859. Naber, S., Access to nurse-midwives and their clients for clinical research. *J Nurse Midwifery*, 1983. 28(2): p. 33-5.
860. Nagel-Brotzler, A., et al., [Mental disorders in the peripartum period--early detection and multi-professional cooperation]. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2005. 209(2): p. 51-8.
861. Nagji N, W.B., Persistent organic contaminants in human milk. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice - Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme*, 2010. 9(3): p. pp 6-25.

862. Nagle, C., et al. Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial. *BMC public health*, 2011. 174.
863. Nash, J., Re: Letter to the editor, Dr Nick Silberstein *ACMI Journal* Sept 1997, Vol 10, No. 3, p5. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1997. 10(4): p. 20.
864. National Institute for Health Guidance for midwives, health visitors, pharmacists and other primary care services to improve the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households (Structured abstract). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008.
865. Nay, R., Evidence-based practice: does it benefit older people and geriatric nursing? *Geriatr Nurs*, 2003. 24(6): p. 338-42.
866. Nehlsen, E., Neues zur Stilldauer: "Wie gut ist die Evidenz?" Erika Nehlsen kommentiert einen Artikel einer Londoner Forschergruppe, in *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2011.
867. Neile, E.E., Investigating midwifery education in a multiracial and multicultural society, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
868. Nene, B.M., et al., Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy by midwives for cervical intraepithelial neoplasia in Maharashtra, India. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008. 103(3): p. 232-6.
869. Nicholl, H. and A. Higgins, Reflection in preregistration nursing curricula. *J Adv Nurs*, 2004. 46(School of Nursing and Midwifery Studies, Trinity College, Dublin, Ireland. nichollh@tcd.ie).
870. Nickel, S., T. Gesse, and A. MacLaren, Ernestine Wiedenbach. Her professional legacy. *J Nurse Midwifery*, 1992. 37(3): p. 161-7.
871. Niessen, K., Gestärkte Mütter, starke Bindung Karin Niessen hat über Betreuungsstrategien von Hebammen vor dem Hintergrund der Bindungstheorie geforscht, in *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2010.
872. Nisikawa, M., [Anthropological research method. Research and the process about "modern midwives"]. *Kango Kenkyu*, 1990. 23(2): p. 229-39.
873. Nixon, A. and C. Power, Towards a framework for establishing rigour in a discourse analysis of midwifery professionalisation. *Nurs Inq*, 2007. 14(1): p. 71-9.
874. Nolan, M., Couples' relationships and breastfeeding. *Pract Midwife*, 2004. 7(11): p. 37-9.
875. Nolte, A., Differences between the practice of nurses and midwives. *Curationis*, 1995. 18(2): p. 49-53.
876. Nolte, A., Traditional birth attendants in South Africa, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
877. Norman, I. and P. Griffiths, '... And midwifery': time for a parting of the ways or a closer union with nursing? *Int J Nurs Stud*, 2007. 44(4): p. 521-2.
878. Nowotzek, A., et al., Vergleich zwischen geburtshilflich-anästhesiologischen Klinikprofilen in Niedersachsen und anästhesiologischen Angaben in der ProGeb-Studie. *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 68(08): p. P28.
879. Nursing and Midwifery Council, Supervision, support and safety: analysis of the 2008-09 Local Supervising Authority Annual Reports to the Nursing and Midwifery Council, in *Supervision, support and safety*, N.a.M. Council, Editor 2008-2009.

880. Nyamtema, A.S., et al., Partogram use in the Dar es Salaam perinatal care study. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008. 100(1): p. 37-40.
881. Nystedt, A., D. Edvardsson, and A. Willman, Epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth - a review with a systematic approach. *J Clin Nurs*, 2004. 13(4): p. 455-66.
882. Oblasser, C., Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Österreichische Hebammenzeitung* 2005. 3: p. 20-21.
883. O'Brien, B. and M.J. Relyea, Use of indigenous explanations and remedies to further understand nausea and vomiting during pregnancy. *Health Care Women Int*, 1999. 20(1): p. 49-61.
884. O'Dowd, A., Staff crisis hits natural births. *Nursing Times* 2000. 96(39): p. p 4.
885. Ohmann, C., Bewertung und Bedeutung von Studienendpunkten in unterschiedlichen Bereichen der Medizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2010. 104(Koordinierungszentrum für Klinische Studien, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. christian.ohmann@uni-duesseldorf.de).
886. Okafor, C., Nurses, midwives and health research. *World Health Forum*, 1990. 11(1): p. 98-101.
887. Olsen, L., Portrait of nurse-midwifery patients in a private practice. *J Nurse Midwifery*, 1979. 24(4): p. 10-7.
888. Olson, O., The role of science in midwifery and obstetrics, in *ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo*.
889. Olsson, A., et al., Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 2011. 27(2): p. 195-202.
890. Opara, E.I. and J. Zaidi, The interpretation and clinical application of the word 'parity': a survey. *BJOG*, 2007. 114(10): p. 1295-7.
891. Orlikowski, C.E., et al., Intrapartum analgesia and its association with post-partum back pain and headache in nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2006. 46(5): p. 395-401.
892. Ormandy, P., Defining information need in health - assimilating complex theories derived from information science. *Health Expect*, 2011. 14(1): p. 92-104.
893. Ott-Gmelch, J., „Zwischen Tradition und Moderne“ - Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. *HEBAMMENinfo*, 2008. 3: p. S. 28-32.
894. Overman, B., Lessons from the Tao for birthing practice. *J Holist Nurs*, 1994. 12(2): p. 142-7.
895. Ozgoli, G., et al., Alterations in sexual drive during pregnancy in women referring to hospitals affiliated to Shaheed Beheshti Medical University [Farsi]. *Journal of Nursing & Midwifery*, 2008. 18(61): p. 1p.
896. Page, L., et al. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *Journal of public health medicine*, 1999. 243-8.
897. Paine, L.L., It's time to "think different" about the art and science of midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(1): p. 1-1.
898. Paine, L.L., Weaving the art and science of midwifery: "oh, had I a golden thread...". *J Midwifery Womens Health*, 2001. 46(1): p. 2-2.
899. Paine, L.L., et al., Primary care for women. An overview of the role of the nurse-midwife. *J Nurse Midwifery*, 1995. 40(2): p. 65-73.

900. Paine, L.L. and D.L. Greener, Nurse-midwives speak out on research. Results of the 1987-88 needs assessment survey, Part 2. *J Nurse Midwifery*, 1989. 34(2): p. 66-70.
901. Paine, L.L., D.L. Greener, and D.M. Strobino, Birth registration: nurse-midwifery roles and responsibilities. *J Nurse Midwifery*, 1988. 33(3): p. 107-14.
902. Palles, K., Advancing maternal age: a risk indicator or a risk factor for primiparous women in childbearing? A systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest* (2008), 2008. 18(1): p. 7-18.
903. Palm, R. and N. Bauer, Expertenstandards. *Hebammenforum* 2006. 7: p. 558-559.
904. Palm, R., S. Schmidt, and S. Bartholomeyczik, Work- Family- conflict bei Pflegenden im Krankenhaus. Sekundäranalyse einer Teilstichprobe aus dem Forschungsprojekt "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus". *PrinterNet* 2007. 9(5): p. 314-320.
905. Parisaei, M., K.F. Harrington, and K.J. Erskine, Maternal satisfaction and acceptability of foetal electrocardiographic (STAN(R)) monitoring system. *Arch Gynecol Obstet*, 2011. 283(1): p. 31-5.
906. Parker, J.D., Ethnic differences in midwife-attended US births. *Am J Public Health*, 1994. 84(7): p. 1139-41.
907. Parratt, J.A. and K.M. Fahy, A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. *Midwifery*, 2011. 27(Faculty of Health, School of Nursing and Midwifery, University of Newcastle, University Drive, Callaghan, NSW, Australia.).
908. Parsons, M., Policy or tradition: oral intake in labour. *Aust J Midwifery*, 2001. 14(parsons5@bigpond.net.au).
909. Pasha, O., et al., Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn care (the Global Network's EmONC trial), in *BMC Pregnancy Childbirth* 2010. p. 82.
910. Peate, I., Male obesity: a gender-specific approach to nurse management. *Br J Nurs*, 2005. 14(3): p. 134-8.
911. Perkins, E.R., Getting involved in research. *Midwives Chron*, 1985. 98(1171): p. 227-30.
912. Petersen, A., et al., The timing of interventions during labour: descriptive results of a longitudinal study, in *Midwifery* 2011.
913. Petersen, A., et al., Der Interventionskaskade auf der Spur - Wie lange dauern die Intervalle zwischen Geburtsbeginn, intrapartalen Interventionen und der Geburt? *Z Geburtshilfe Neonatol*, 2009. 213(S 01): p. FV_H_04_03.
914. Petersen, A., et al., Modelling the cascade of interventions, 2009, *J Perinat Med*. p. 655-721.
915. Petersen, A., et al., Are there any factors predicting amniotomy as the first intervention during labor? *J Perinat Med*. , 2009. 37((S1)): p. 655-721.
916. Petersen, A., et al., Predisposing factors for oxytocin augmentation as the first intervention during labor. *J Perinat Med*. , 2009. 37((S1)): p. 655-721.
917. Petersen, A., et al., Epidural analgesia as the first intervention during labor is associated with a risk profile in pregnant women. *J Perinat Med*. , 2009. 37((S1)): p. 655-721.
918. Petty, R., Home birth movement showing signs of growth, 'respectability'. *Am Med News*, 1978. 21(25): p. 13.

919. Pisani, P., et al., Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Philippines. *Int J Cancer*, 2006. 118(1): p. 149-54.
920. Plotnick, J. and B. Presler, Rugged individualism and compassion: the foundation of public policy. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 1996. 21(U.S. Public Health Service, Rockville, MD, USA.).
921. Polit, D.F., C.T. Beck, and B.P. Hungler, *Lehrbuch Pflegeforschung - Methodik, Beurteilung und Anwendung*. Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege ; Pflegeforschung. Vol. Bern [u.a.]. 2004: Huber.
922. Pollock, A., et al. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub2.
923. Pollock, A., et al. Interventions for age-related visual problems in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008390.
924. Pollock, A., et al. Interventions for disorders of eye movement in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD008389.pub2.
925. Pollock, A., et al. Interventions for visual field defects in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD008388.pub2.
926. Pomeroy, V.M., et al. Electrostimulation for promoting recovery of movement or functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006. DOI: 10.1002/14651858.CD003241.pub2.
927. Prah, C. Midwifery education research and leadership "continuing education in midwifery practice". in *ICM 24th Triennale Congress*. 1996. Oslo.
928. Preissner, I., *Ausbildung und Forschung. "Selbstorganisiertes Lernen" in der Hebammenausbildung*, in *Die Hebamme*2011.
929. Prener, A., et al., Birth order and risk of testicular cancer. *Cancer Causes Control*, 1992. 3(3): p. 265-72.
930. Prescott, P.A., Cost-effective primary care providers. An important component of health care reform. *Int J Technol Assess Health Care*, 1994. 10(2): p. 249-57.
931. Price, A. and B. Price, Critical reading. *Mod Midwife*, 1996. 6(7): p. 26-9.
932. Price, A. and B. Price, Reading research papers. *Mod Midwife*, 1997. 7(8): p. 28-31.
933. Price, G. Caesarean study backs RCM standpoint. 2010.
934. Prichard K, O.B.A., Hodgen J, Third stage of labour. Outcomes of physiological third stage of labour care in the homebirth setting (November 1991). *New Zealand College of Midwives Journal* 1995. 12(8-10).
935. Priest, H.M., Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. *Nurse Educ Today*, 1999. 19(1): p. 71-8.
936. Proctor, S. and S. Inglis, Research into practice -- do we keep secrets? *RCM Midwives Journal*, 2000. 3(6): p. 168-168.
937. Przyrembel, H., Zehn Jahre Nationale Stillkommission. Prof. Dr. Hildegard Przyrembel über die Aufgaben der Stillkommission nach einem Jahrzehnt Forschung und Aufklärung, in *Deutsche Hebammenzeitschrift*2005.
938. Purdy, M., Humanist ideology and nurse education. I. Humanist

- educational theory. Nurse Educ Today, 1997. 17(3): p. 192-5.
939. Qiu, L., et al., Improving the maternal mortality ratio in Zhejiang Province, China, 1988-2008. 2010(1532-3099 (Electronic)).
940. Quinlivan, J.A., H. Box, and S.F. Evans Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. Lancet, 2003. 893-900.
941. Quirk, M. and L. Casey, Primary care for women. The art of interviewing. J Nurse Midwifery, 1995. 40(2): p. 97-103.
942. Racinet, C., et al. [Home care services and postnatal care. The experience in Grenoble (1985-1993)]. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 1994. 582-6.
943. Radtke, K., et al., Vom EU-Projekt zur Verwirklichung des Europäischen Masterstudiengangs für Hebammenwissenschaft. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. FV_H_04_04.
944. Rafferty, A.M., et al., Research in nursing, midwifery, and the allied health professions. BMJ, 2003. 326(7394): p. 833-4.
945. Rahden, O.v., Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. Hebammenforum 2005. 5: p. 333-336.
946. Rahden, O.v., Der Hebammenkreißaal- eine geburtshilfliche Alternative. IPP Info 2006. 2: p. 9.
947. Rahden, O.v. and P. Kolip, Der Hebammenkreißaal. Eine geburtshilfliche Alternative in der Klinik. Impulse. Rundbriefe der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen e.V. , 2006. 50 p. 13-14.
948. Rahden, O.v. and P. Kolip, Der Hebammenkreißaal. Dr. med. Mabuse, 2006. 50: p. 13-14.
949. Rahimy, M.C., et al., Newborn screening for sickle cell disease in the Republic of Benin. J Clin Pathol, 2009. 62(1): p. 46-8.
950. Räisänen, S., K. Vehviläinen-Julkunen, and S. Heinonen, Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. Midwifery, 2010. 26(Department of Nursing Science, University of Kuopio, Kuopio University Hospital, PL 1777, 70211 Kuopio, Finland. shraisan@hytti.uku.fi).
951. Raisler, J., Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned? J Midwifery Womens Health, 2000. 45(1): p. 20-36.
952. Rakos, L., Hebammen von Anfang an Österreichische Hebammenzeitung, 2008. 2: p. S. 7-9.
953. Ramsayer, B., Auswertung zur klinischen Geburtshilfe: Interventionen im Fokus. Beate Ramsayer stellt die Daten des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsforschung und Forschung im Gesundheitswesen vor, in Deutsche Hebammen-Zeitschrift 2011.
954. Ramsayer, B., M. Groß, and V. Fleming, EU-Hebammenstudium mit Masterabschluss. Über ein europäisches Kooperationsprojekt. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2008. -(de).
955. Ran, P., et al., Die Wunschsectio. Prävention von Beckenboden- und Genitaldefekten - oder medizinisch fragwürdig? Elective caesarean section. Prevention of pelvic floor and genital defects - or of questionable medical value? Gynäkologische Praxis, 2001. 25(de).
956. Ratcliffe, J., M. Ryan, and J. Tucker, The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives. J Health Serv Res Policy, 1996.

- 1(3): p. 135-40.
957. Rauh, K., U. Amann-Gassner, and H. Hauner, Adipositas und Schwangerschaft - aktueller Forschungsstand, in *Die Hebamme*2011.
958. Recht, P.R. and K.L. Breuner, Scope of nursing practice and business relationships between nurses and physicians in California: Part 1. *Nurse Anesth*, 1993. 4(3): p. 118-24.
959. Redwood, R., Caring control: methodological issues in a discourse analysis of waterbirth texts. *J Adv Nurs*, 1999. 29(4): p. 914-21.
960. Reedy, N.J., Nurse-midwife in complicated obstetrics: trend or treason? *J Nurse Midwifery*, 1979. 24(1): p. 11-7.
961. Rees, C., Midwifery research: the challenge of the future. *Practising Midwife*, 2001. 4(6): p. 23-25.
962. Rees, C., An introduction to research for midwives. Vol. 2 ed. 2003, London, England: Elsevier Science Limited Books for Midwives. 264 p.
963. Regan, R.E. and M.T. Lydon-Rochelle, Effectiveness of postpartum education received by certified nurse-midwives' clients at a university hospital. *J Nurse Midwifery*, 1995. 40(1): p. 31-5.
964. Regan, W.A., Midwifery: outside nursing scope. Case in point: Leggett v. Tennessee Bd. of Nursing (612 S.W. 2d 476 - TENN.). *Regan Rep Nurs Law*, 1981. 21(12): p. 2.
965. Reid, J., et al. Thalidomide for managing cancer cachexia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008664.
966. Reid, J., et al., Research priorities of NSW midwives. *Women Birth*, 2007. 20(2): p. 57-63.
967. Reid, L., Research and hands-on midwifery. *Prof Care Mother Child*, 1996. 6(5): p. 144.
968. Reid, L., The 8th International Conference of Maternity Care Researchers. *RCM Midwives Journal*, 2000. 3(10): p. 312-313.
969. Reid, L., Midwives and change. *Pract Midwife*, 2005. 8(2): p. 28-30.
970. Reid, M.L. and J.B. Morris, Perinatal care and cost effectiveness: changes in health expenditures and birth outcome following the establishment of a nurse-midwife program. *Med Care*, 1979. 17(5): p. 491-500.
971. Reime, B., et al., The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Social Science & Medicine*, 2006. 62(7): p. 1731-1744.
972. Reime, B., B. Schucking, and P. Wenzlaff, Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2008. 8(1): p. 4.
973. Reime, B. and S. Tomaselli- Reime, Noch Forschungsbedarf testgestellt. erläutern den Stand der Forschung, in *Deutsche Hebammenzeitschrift*2002.
974. Reinharz, D., et al. Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec (Structured abstract). *Canadian Journal of Public Health*, 2000. 112-i15.
975. Renfrew, M.J., et al., Conducting international research in midwifery: a workshop held at the ICM Congress, Vienna, April 2002. *Midwifery*, 2003. 19(3): p. 170-3.
976. Rhee, V., et al., Maternal and birth attendant hand washing and neonatal mortality in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2008. 162(7): p.

- 603-8.
977. Richardson, M., Participatory research methods: people with learning difficulties. *Br J Nurs*, 1997. 6(19): p. 1114-21.
978. Richens, Y., Are midwives using research evidence in practice? *British Journal of Midwifery*, 2002. 10(1): p. 11-16.
979. Richmond, H., Women's experience of waterbirth. *Pract Midwife*, 2003. 6(Anglia Polytechnic University, Queen Elizabeth Hospital, London.).
980. Rising, S.S., A consumer-oriented nurse-midwifery service. *Nurs Clin North Am*, 1975. 10(2): p. 251-62.
981. Roberts, B., Lottery cash for health charities *MIDIRS Midwifery Digest* 1996. 6(3): p. 361.
982. Robertson, A., How are you doing? *Pract Midwife*, 2000. 3(2): p. 28-9.
983. Robertson, H., Poor knowledge and misunderstandings: perinatal data validity and work place change in midwifery. *Int J Qual Health Care*, 1995. 7(4): p. 391-7.
984. Robertson, H., J. Lumley, and S. Berg, How midwives identify women as aboriginal or Torres Strait Islanders. *Aust Coll Midwives Inc J*, 1995. 8(3): p. 26-9.
985. Robinson, J., Informed refusal. *British Journal of Midwifery* 1995. 3(11): p. 616-617.
986. Robinson, K.A. and S.N. Goodman, A Systematic Examination of the Citation of Prior Research in Reports of Randomized, Controlled Trials. *Annals of Internal Medicine*, 2011. 154(1): p. 50-55.
987. Robinson, S., Combining work with caring for children, findings from a longitudinal study of midwives' careers. *Midwifery*, 1993. 9(eng).
988. Roehl, S. and B. Schücking, Sense of Coherence and Preterm Birth - A Prospective Study of Hospitalized Women with Preterm Labour. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2006. 19(s1): p. 1-148.
989. Rogan, F., et al., "Becoming a mother"-developing a new theory of early motherhood. *J Adv Nurs*, 1997. 25(5): p. 877-85.
990. Rogers, J. and J. Wood, The Hinchingsbrooke Third Stage trial. What are the implications for practice? *Pract Midwife*, 1999. 2(2): p. 35-7.
991. Rooks, J.P., N.L. Weatherby, and E.K. Ernst, The National Birth Center Study. Part I - Methodology and prenatal care and referrals. *J Nurse Midwifery*, 1992. 37(4): p. 222-53.
992. Rosander, R., [Working with research and development (R&D)]. *Jordemodern*, 1988. 101(7-8): p. 258-60.
993. Rose, L., et al. Automated versus non-automated weaning for reducing the duration of mechanical ventilation for critically ill adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009235.
994. Roske, K. and B. Zickfeldt, Die Stimme erheben. Karen Roske und Britta Zickfeldt zum Status quo der noch jungen Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi), in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2009.
995. Ross, M.G., Health impact of a nurse midwife program. *Nurs Res*, 1981. 30(6): p. 353-5.
996. Rosser, J., Empowering women - shifting the fetal monitoring impasse, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
997. Rosser, J., Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). Part 2. Highlights of the 6th annual report. *Pract Midwife*, 1999.

- 2(10): p. 18-9.
998. Rosser, J., Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). Highlights of the 6th annual report. Part 4: Record keeping. *Pract Midwife*, 2000. 3(1): p. 11.
999. Rosser, J., Nutritional advice in pregnancy. *Pract Midwife*, 2001. 4(10): p. 28.
1000. Rothwell, H., A beginner's picture of research (II). Research methods: no short cuts. *Pract Midwife*, 1998. 1(11): p. 16-8.
1001. Rothwell, H., A beginner's picture of research (I). *Pract Midwife*, 1998. 1(9): p. 19-21.
1002. Rothwell, H., What the textbooks don't tell you. Interviewing pregnant women. *Pract Midwife*, 1998. 1(7-8): p. 26-7.
1003. Rothwell, H., A beginner's picture of research (IV). Experimental research methods. *Pract Midwife*, 1999. 2(3): p. 32-5.
1004. Rothwell, H., A beginner's picture of research (III). The end of the beginning. *Pract Midwife*, 1999. 2(1): p. 35-7.
1005. Rott, P., et al., Die Wunschsektion - Prävention von Beckenboden- und Genitaldefekten - oder medizinisch fragwürdig?, in *Gynäkologische Praxis* 2001. p. 611-615.
1006. Rott, R., Wunschsektion und vaginale Geburt - psychologische Aspekte. *Der Gynäkologe*, 2000. 33(de).
1007. Rousseau, A., Theory development in midwifery: current trends and concepts, in *International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world*, ICM, Editor 2002, ICM: Vienna 2002.
1008. Rowan, C., D. Bick, and M.H. da Silva Bastos Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice (Structured abstract). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2007. 97-105.
1009. Rowan, C.J., C. McCourt, and S. Beake, Problem based learning in midwifery--the students' perspective. *Nurse Educ Today*, 2008. 28(1): p. 93-9.
1010. Rowley, M.J., et al. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial (Structured abstract). *Medical Journal of Australia*, 1995. 289-293.
1011. Rushforth, H. and H. McDonald, Decisions by nurses in acute care to undertake expanded practice roles. *British Journal of Nursing (BJN)*, 2004. 13(8): p. 482-490.
1012. Russell, K., Struggling to get into the pool room? A critical discourse analysis of labor ward midwives' experiences of water birth. *International Journal of Childbirth* 2011. 1(1): p. 52-60.
1013. Ryder, I.H., Prenatal screening for Down syndrome: a dilemma for the unsupported midwife? *Midwifery*, 1999. 15(1): p. 16-23.
1014. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung - Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ; 2007. Vol. Köln.

- 2007: Bundesanzeiger-Verl.
1015. SACKETT, D., et al., Evidence-based Medicine- How to Practice & Teach EBM1996, London: Harcourt Brace Publisher International
1016. Sadler, C., Running the show? Nurs Times, 1991. 87(21): p. 18.
1017. Saha, P., The joy of research. Nurs Times, 1993. 89(46): p. 68-9.
1018. Saleem, S., et al., Chlorhexidine vaginal and neonatal wipes in home births in Pakistan: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol, 2007. 110(5): p. 977-85.
1019. Salis, B., „So richtig Hebamme sein“. Hebammenforum 2005. 5: p. 326-332.
1020. Salis, B., Forschung schafft Wissen. Hebammenforum 2005. 9: p. 673-678.
1021. Salis, B., A. Krah, and N. Bauer, Warten auf die Utopie? Hebammenforum, 2008. 2: p. S. 85-92.
1022. Sanderson, A., et al., Change in Maternal Depression in Relation to Mode of Birth, in APHAMeeting2005: Philadelphia.
1023. Sandin Bojo, A.K., et al., Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. J Clin Nurs, 2004. 13(1): p. 75-83.
1024. Sarah, R., Combining work with caring for children, findings from a longitudinal study of midwives' careers. Midwifery, 1993. 9(4): p. 183-196.
1025. Saugstad, O., Should newborn infants be resuscitated with room air?, in ICM 24th Triennale Congress1996: Oslo.
1026. Sayn- Wittgenstein, F.z., Kehrbach, A., Der "Hebammenkreißaal": Ein neues Betreuungskonzept für eine frauen- und familienorientierte Geburtshilfe. Die Schwester/ Der Pfleger 2004. 43 (12): p. 932-934.
1027. Sayn- Wittgenstein, F.z., "Modellprojekt Hebammenkreißaal"- Eine Perspektive für die Zukunft der Hebammengeburtshilfe in der Klinik, in Hebammenkunst, Kongressband des X. Hebammenkongress 17.-19. Mai 20042004, Bund deutscher Hebammen e.V.(Hrsg.): Karlsruhe. p. 226-231.
1028. Sayn- Wittgenstein, F.z., Bauer, N., Schäfers, R., Palm, R, Kommentar zur Fallstudie von Cignaccio, E.; Zbinden, A.; Surbek, D.: Aufrechterhaltung der Laktation bei Brustabzess. Pflege 2006. 19(2): p. 73-74.
1029. Sayn- Wittgenstein, F.z., N. Bauer, and R. Palm, Kontinenzförderung- ein Thema für Hebammen. Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie 2005. 209(S2): p. 106.
1030. Sayn- Wittgenstein, F.z., et al., Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie, 2005. 209 ((S2)): p. 106.
1031. Sayn- Wittgenstein, F.z. and A. Siebe, Moderne Geburtsmedizin und traditionelles Wissen auf dem Prüfstand. Deutsche Universitätszeitung (DUZ), duz Spezial Fachhochschule Osnabrück, , 2005. 23(21.10.2005).
1032. Sayn-Wittgenstein, F., Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, ed. S.-W. F2007, Bern ,Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag.
1033. Sayn-Wittgenstein , F.z., Der Verbund Hebammenforschung, in Pflege & Gesellschaft2005.
1034. Sayn-Wittgenstein, F.z., N. Bauer, and R. Schäfers, Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Interventionsstudie Versorgungskonzept

- Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2005. 209(S 2): p. PO_2_11.
1035. Sayn-Wittgenstein, F.z. and M. Grieshop, Qualitätsförderung in der Geburtshilfe durch Reformen in der Hebammenausbildung. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. FV_H_04_07.
 1036. Sayn-Wittgenstein, F.z., et al., Evaluation of the first midwife-led unit in Germany, in International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008 A.E.L. Conifer., Editor 2008: Glasgow.
 1037. Sayn-Wittgenstein, F.z., A. Kehrbach, and S. Kirchner, Gesundheitsförderung im Geburtsprozess Konzeptentwicklung Hebammenkreißsaal. Z Geburtshilfe Neonatol, 2005. 209(S 2): p. PO_2_12.
 1038. Sayn-Wittgenstein, F.z. and N. Knape, Ganz in den Händen der Hebamme. Die Schwester, Der Pfleger, 2009. 48: p. S. 1112-1116.
 1039. Sayn-Wittgenstein, F.z. and A. Krahel, Reshaping maternity care in Germany, in International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008 2008, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer: Glasgow. p. S. 169-170.
 1040. Scarabotto, L.B. and M.L. Riesco Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. J Midwifery Womens Health, 2008. 353-61.
 1041. Schaefer, R. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung., in Kongress Medizin und Gesellschaft 2007, H.E. Wichmann, Nowak, D., Zapf, A. (Hg.), Augsburg 17.-24. September 2007, Abstractband., Editor 2007, Rheinware Verlag: Mönchengladbach. p. 296.
 1042. Schaefer, R. and F.z. Sayn-Wittgenstein, Regional survey of services rendered in midwifery in Germany, in Abstracts of the International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008 2008, Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.: Glasgow. p. S. 169-170.
 1043. Schaefer, R. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Hebammenbetreuung im Bundesland Niedersachsen. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. PO_G_12_09.
 1044. Schaefer, R. and F.z. zu Sayn-Wittgenstein, Eignung von Routinedaten zur Darstellung personeller Ressourcen in der geburtshilflichen Versorgung. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. FV_G_07_07.
 1045. Schäfer, D., Rheinische Hebammengeschichte im Kontext, 2010, Kassel Univ. Pr.
 1046. Schäfer, L. and T. Schnelle, Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie, in Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, L. Fleck, Editor 1999, Suhrkamp Taschenbuch: Frankfurt a.M. p. VII-XLIX.
 1047. Schäfers, R., Prävention im Hebammenalltag- am Beispiel Paula S. Hebammenforum, 2007. 5: p. 332-336.
 1048. Schäfers, R., Die Arbeit der Hebamme in der Schwangerenvorsorge. Österreichische Hebammenzeitung 2008. 14(3): p. S. 5-8.
 1049. Schäfers, R., Gestationsdiabetes – ein Überblick über den aktuellen Wissenstand. Die Hebamme, 2008. 21: p. S. 90-96.
 1050. Schäfers, R., Elektronischer Heilberufsausweis für Hebammen. Hebammenforum, 2008. 7: p. S. 541-542.

1051. Schäfers, R., Hund und Hase. Bericht von der 27. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung 19.-20.11.2009. Hebammenforum, 2010. 11(1): p. S. 64-65.
1052. Schäfers, R., Nicht auf besseres Wetter warten. Hebammenforum, 2010. 11(2): p. S. 94-97.
1053. Schäfers, R. and F.z. Sayn- Wittgenstein, Neue Perspektiven entwickeln- Hebammen stellen ihre Arbeit dar. Hebammenforum, 2007. 5: p. 382-383.
1054. Schäfers, R. and F.z. Sayn- Wittgenstein, Hebammenarbeit, die Früchte trägt. Hebammenforum, 2007. 7: p. 566-567.
1055. Schäfers, R. and F. zu Sayn-Wittgenstein, Forschungsprojekt: Neue Perspektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar, in Die Hebamme2007.
1056. Schäfers, R. and F.z. zu Sayn-Wittgenstein, Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen im Bundesland Niedersachsen. Z Geburtshilfe Neonatol, 2007. 211(S 2): p. PO_02_09.
1057. Schaffer, J.I., et al., A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. Am J Obstet Gynecol, 2005. 192(5): p. 1692-6.
1058. Schaper, A.M., et al., Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. J Reprod Med, 1994. 39(8): p. 620-4.
1059. Schild, R. and S. Schling, Evidenzlage des Anamnesekatalogs im deutschen Mutterpass. Gynäkologe, 2009. 42: p. 87-92.
1060. Schling, S., P. Hillemanns, and M.M. Groß, Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs. Z Geburtshilfe Neonatol, 2009. 213(S 01): p. FV_H_04_06.
1061. Schling, S., et al., The development of the German legal maternity guideline and the antenatal health care record, in Arch Gynecol Obstet2010. p. S214.
1062. Schlömer, G., M. Gross, and G. Meyer, Effektivität der liberalen vs. der restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht, in Wiener medizinische Wochenschrift (1946)2003.
1063. Schmid-Siebert, M. and W. Thiele, Sozialwissenschaftliche Begleituntersuchung "Familien-Hebammen an Krankenhäusern" - Abschlußbericht, 1986, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit.
1064. Schmidt, J.H., Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den königl. preußischen Staaten, 1840, [Schade].
1065. Schmidt, J.H., Fragebuch der Geburtskunde für die Hebammen in den Königl. preußischen Staaten mit einem clinischen Anhang, 1850, Hirschwald.
1066. Schmidt, J.H., Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den Königl. Preußischen Staaten, 1850, Hirschwald.
1067. Schmied, V., More than words: an analysis of interactions between mothers and midwives, in ICM 24th Triennale Congress, ICM, Editor 1996: Oslo.
1068. Schneider, E., Familienhebammen - die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren, 2004, Mabuse-Verl.

1069. Schnitzler, U., Vertrauen in die normale Geburt. Ute Schnitzler liefert eine Literaturrecherche, in Deutsche Hebammen-Zeitschrift 2010.
1070. Scholes, J. and M. Freeman, The reflective dialogue and repertory grid: a research approach to identify the unique contribution of nursing, midwifery or health visiting to the therapeutic milieu. J Adv Nurs, 1994. 20(5): p. 885-93.
1071. Schrappe, M., Das Indikatorenkonzept: zentrales Element des Qualitätsmanagements.; Concept of indicators: central element of quality management, in Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983) 2001.
1072. Schücking, B., Stillberatung - Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe und Professionalität. Deutsche Hebammenzeitschrift, 2000(2): p. 73-76.
1073. Schücking, B., Frauenfreundliche Geburtshilfe? Clio, 2000(51): p. 7.
1074. Schücking, B., Geburtsschmerz aus psychosomatischer Sicht. Hebammenforum 2000(11): p. 436-441.
1075. Schücking, B., Stillnotstand in Deutschland. Rundbrief. Die Fachzeitschrift der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) 1-2:, 2001.
1076. Schücking, B., Caesarean Section or Spontaneous Birth? Maternal Request in Germany and USA. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2006. 19(s1): p. 1-148.
1077. Schücking, B., Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal" - Abschlussbericht des Teilprojektes 3 der Universität Osnabrück "Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen" ; Projektlaufzeit: 01.02.2004 - 31.12.2007, 2008.
1078. Schücking, B. and C. Hellmers, Geburtshilfe im Wandel-der Kaiserschnitt auf Wunsch. BZGA Forum 2005(2): p. 9-12.
1079. Schücking, B., C. Loytved, and B. Borrmann, Werdende Mütter stärken. Pflegezeitschrift 2006. 7(06): p. 400-403.
1080. Schücking, B., et al., Die Wunschsektio - medizinische und psychosomatische Problematik. Zentralbl Gynakol, 2001. 123(01): p. 51,53.
1081. Schücking, B. and C. Schwarz, Die Schwangerenvorsorge durch die Hebamme - Stellenwert der Pränataldiagnostik. Weleda Hebammenforum, 2001(6): p. 6 - 8.
1082. Schücking, B. and C. Schwarz, Intervention Rates in Normal Birth in Germany: Reason for Psychosomatic Concern? In: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology : , 2001. 22: p. 84.
1083. Schücking, B. and C. Schwarz, Die Entwicklung der "normalen" Geburt 1984-1999. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes., in NPExtra 1999, Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatallerhebung, Z.f.Q.i. Gesundheitswesen, Editor 2001. p. 209-215.
1084. Schücking, B. and C. Schwarz, Intervention Rates in Normal Birth: Reason for Psychosomatic Concern? Archives of Women' s Mental Health 2001. 2(3): p. 46.
1085. Schücking, B. and C. Schwarz, Technisierung der "normalen" Geburt. Interventionen im Kreißsaal, in Dokumentation Forschungsprojekte 1. bis 3. Förderrunde 1997 -2001, H. Paravicini U; Riedel C, Editor 2002, Wissenschaftliche Reihe NFFG: Hannover. p. 237-255.
1086. Schücking, B. and C. Schwarz, Geburtseinleitung und ihre Folgen. ÖHZ

- Österreichische Hebammenzeitung, 2003. 9. Jg(Ausg. 3): p. 5-7.
1087. Schücking, B. and C. Schwarz, Entwicklung der Sectio-Rate in Niedersachsen. MedReport 2003. 43(27): p. 10.
1088. Schücking, B.A., C. Hellmers, and C. Schwarz, Sectio - Eine gesunde Entscheidung? Zentralbl Gynakol, 2005. 127(01): p. 16.
1089. Schücking, B.A. and C. Schwarz, Entwicklung der Sectio-Rate in Niedersachsen. Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(S 2): p. FV_09_03.
1090. Schuecking, B., Makowsky, K, How to integrate Family Midwives into the Regular Early Support System in Germany. Infant Mental Health Journal 2010. 31(Abstract Supplement): p. p 118.
1091. Schuecking, B., Makowsky, K, Entsteht nur durch Schmerz neues Leben? MedReport 2010. 33/34 Jahrg.2010: p. 19.
1092. Schuecking, B., Halves, C, Was macht Frauen krank? Clio 11, . 2010. 30.Jahrg: p. S 4-6.
1093. Schuecking, B., K. Makowsky, and K. von Moeller, Obese Mothers and Their Needs in Antepartum Care and Mode of Birth. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2010. Vol 282(Suppl 1): p. S 3.
1094. Schuiling, K.D. and C.M. Sampsel, Comfort in labor and midwifery art. Image J Nurs Sch, 1999. 31(1): p. 77-81.
1095. Schuiling, K.D. and J. Slager, Scope of practice: freedom within limits. J Midwifery Womens Health, 2000. 45(6): p. 465-71.
1096. Schutte, J.M., et al., Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. BJOG, 2008. 115(6): p. 732-6.
1097. Schwarz, C., Neues vom Forschungsworkshop in Fulda Christiane Schwarz fasst die Erkenntnisse des Forschungs- workshops zusammen, in Deutsche Hebammenzeitschrift2006.
1098. Schwarz, C. and B. Schücking, Wie häufig kommt eine „normale“ Geburt heute in der Klinik vor? Die Hebamme, 2002. 15. Jahrgang(3): p. 127-131.
1099. Schwarz, C. and B. Schücking, Geburtseinleitung und ihre Auswirkungen auf die Häufigkeit folgender Interventionen und Komplikationen. Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(S 2): p. FV_08_01.
1100. Schwarz, C. and B. Schücking, Wie „normal“ sind die Geburten von Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Gebärenden? Z Geburtshilfe Neonatol, 2003. 207(S 2): p. PO_11_12.
1101. Schwarz, C. and B. Schücking, Geburtseinleitung und ihre Auswirkungen auf die Häufigkeit folgender Interventionen und Komplikationen. MedReport 2003. 43(27): p. 3.
1102. Schwarz, C. and B. Schücking, Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts, 2004, Dr. med. Mabuse. p. S. 22-25.
1103. Schwarz, C. and B. Schücking, Adieu, normale Geburt? Hebamme/Sage Femme CH, 2005. 3(05): p. 8-10.
1104. Schwarz, C. and B. Schücking, Obstetrical Intervention Rates and Midwifery in Germany. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2006. 19(s1): p. 1-148.
1105. Scoggin, J., How nurse-midwives define themselves in relation to nursing, medicine, and midwifery. J Nurse Midwifery, 1996. 41(1): p. 36-42.
1106. Scupholme, A., et al., Nurse-midwifery care to vulnerable populations. Phase I: Demographic characteristics of the National CNM Sample. J Nurse Midwifery, 1992. 37(5): p. 341-8.

1107. Scupholme, A., et al., Evaluation survey of the ACNM division of research 1994. *J Nurse Midwifery*, 1995. 40(4): p. 366-70.
1108. Sedler, K., Perineal management and reduction of perineal trauma at birth, in *ICM 24th Triennale Congress*, ICM, Editor 1996: Oslo.
1109. Seidl, E., ed. *Betrifft: Pflegewissenschaft - Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Pflegewissenschaft heute Vol. 1.* 1993, Maudrich: Wien [u.a.].
1110. Severinsson, E., M. Haruna, and F. Friberg, Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model - a pilot study. *J Nurs Manag*, 2010. 18(4): p. 400-408.
1111. Shallow, H., Research. Teams and the marginalization of midwifery knowledge. *British Journal of Midwifery*, 2001. 9(3): p. 167-171.
1112. Shaughnessy, A.F., D.C. Slawson, and J.H. Bennett, Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *J Fam Pract*, 1994. 39(5): p. 489-99.
1113. Shepherd, A.J., et al. A Scottish study of heel-prick blood sampling in newborn babies. *Midwifery*, 2006. 158-68.
1114. Shepherd, J., Research into symphysis pubis dysfunction (SPD). *Pract Midwife*, 2003. 6(6): p. 38-40; author reply 40.
1115. Shepherd, J.M., Medicines and breastfeeding. *Pract Midwife*, 2001. 4(10): p. 23-5.
1116. Shi, L., et al., A rural-urban comparative study of nonphysician providers in community and migrant health centers. *Public Health Rep*, 1994. 109(6): p. 809-15.
1117. Shields, N., et al. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 1998. 85-93.
1118. Shulver, D. and A. Shaw-Flach, Enabling women to breastfeed. *Pract Midwife*, 2004. 7(11): p. 12-4, 16.
1119. Sibley, L., S.A. Snipe, and M. Koblinsky Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence (Provisional abstract). *Social Science and Medicine*, 2004. 1757-1768.
1120. Sibley, L.M. and T.A. Sipe, Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? *J Health Popul Nutr*, 2006. 24(4): p. 472-8.
1121. Sibley, L.M., T.A. Sipe, and M. Koblinsky Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care: a review of the evidence (Brief record). *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004. 298-305.
1122. Sibley Lynn, M., et al. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD005460.pub2.
1123. Siddiqui, J., Practice issues. The therapeutic relationship in midwifery. *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(2): p. 111-114.
1124. Siebolds, M., Bedeutung der Professionalitätstheorie für die Profilbildung der Hausärzteschaft. *Der Hausarzt*, 2000. Nr. 10 und 11.
1125. Siebolds, M., Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 2003. 97(de).
1126. Siebolds, M., Erkenntnistheoretische Grundlagen klinischen Verstehens

- und klinischen Entscheidens, in Arbeitstext Medizinmanagement 2005, Katholische Hochschule Köln: Köln. p. 1-60.
1127. Siebolds, M., A. Risse, and W. Heffels, Erkenntnistheoretische und systemische Aspekte in der modernen Diabetologie, 2002, de Gruyter.
 1128. Silverton, L., The art and science of midwifery. 1993.
 1129. Simkin, P.P. and M. O'Hara, Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 2002. 186(5, Supplement): p. S131-S159.
 1130. Sinclair, M., Preparing for the next research assessment exercise. *RCM Midwives J*, 2002. 5(6): p. 188.
 1131. Sinclair, M., Research: experimentation and inspiration for our lifeworld. *Evidence Based Midwifery*, 2003. 1(2): p. 31-31.
 1132. Sinclair, M., Lessons learnt from 'real world' research. *Evidence Based Midwifery*, 2010. 8(1): p. 3-3.
 1133. Sinclair, M., Occularcentrism and the need to 'see' the evidence of impact. *Evidence Based Midwifery*, 2011. 9(2): p. 39-40.
 1134. Sinclair, M., E. Godfrey, and D. Ratnaïke, Making research count. *RCM Midwives*, 2006. 9(11): p. 442-3.
 1135. Sinclair, M. and C. O'Boyle, The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *J Adv Nurs*, 1999. 30(6): p. 1416-23.
 1136. Sinivaara, M., et al., How delivery ward staff exercise power over women in communication. *J Adv Nurs*, 2004. 46(1): p. 33-41.
 1137. Sisto, S. and D. Hillier. Advancing and enhancing midwifery practice: tracking the impact of a curriculum innovation through a process of illuminative evaluation. in *ICM 24th Triennale Congress*. 1996. Oslo.
 1138. Skinner, V., et al., The development of a tool to assess levels of stress and burnout. *Aust J Adv Nurs*, 2007. 24(4): p. 8-13.
 1139. Slater, L., Person-centredness: a concept analysis. *Contemp Nurse*, 2006. 23(1): p. 135-44.
 1140. Sleep, J., Research and the practice of midwifery. *J Adv Nurs*, 1992. 17(12): p. 1465-71.
 1141. Smith, C.A., C.T. Collins, and C.A. Crowther Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009215.
 1142. Smith, C.A., et al. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.
 1143. Smith, C.A., et al. Manual healing methods including massage and reflexology for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.
 1144. Smith, E., et al., Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: a review of evidence and practice. *Int J Nurs Stud*, 2008. 45(2): p. 298-315.
 1145. Smith, E., et al., Developing a service-user framework to shape priorities for nursing and midwifery research... including commentary by Scott EVC. *Journal of Research in Nursing*, 2005. 10(1): p. 107-120.
 1146. Smith, J., et al. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub2.
 1147. Smith, J.P., Nursing and midwifery beyond the year 2000: rhetoric,

- research and reality. J Adv Nurs, 1995. 21(5): p. 815-6.
1148. Smyth Rebecca, M.D., S.K. Alldred, and C. Markham Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub2.
1149. Snelgrove, S. and M. James, Graduate nurses' and midwives' perceptions of research. Journal of Research in Nursing, 2011. 16(1): p. 7-20.
1150. Snow, T., Is nursing research catching up with other disciplines? Nurs Stand, 2008. 22(19): p. 12-3.
1151. Social Science Research UnitUniversity of London, N.H.S.C.f.R., I. DisseminationMidwives, and S. Resource A pilot study of 'Informed Choice' leaflets on positions in labour and routine ultrasound (Structured abstract). York: Centre for Reviews and Dissemination (CRD), 1996. 87.
1152. Soltani, H., Midwifery research: the past, present and future. RCM Midwives, 2002. 5(11): p. 384-8.
1153. Spurgeon, P., C. Hicks, and F. Barwell, Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. Midwifery, 2001. 17(2): p. 123-32.
1154. Spurrett, B.R. and C.M. Cook, Hypertension in pregnancy: a study of the Asia-Oceania region. J Obstet Gynaecol Res, 1997. 23(4): p. 327-35.
1155. Stadelmann, I., Die Hebammensprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen, 1995, Eigenverl.
1156. Stadelmann, I., Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen, 2000, Eigenverl.
1157. Stadelmann, I., Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen, 2002, Stadelmann Eigenverl.
1158. Stadelmann, I., Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Kräuterheilkunde, Homöopathie und Aromatherapie, 2007, Stadelmann.
1159. Stadler, M.H., Medienkompetenz, in Handbuch zur Wissensverarbeitung für Pflegende und Hebammen2008, Huber ; Hogrefe.
1160. Stadlober-Degwerth, M., (Un)Heimliche Niederkunften- Geburtshilfe zwischen Hebammenkunst und medizinischer Wissenschaft, 2008, Böhlau.
1161. Stamp, G.E. and G.S. Kruzins A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. Aust J Midwifery, 2001. 15-21.
1162. Steele, A.M. and M. Beadle, A survey of postnatal debriefing. J Adv Nurs, 2003. 43(2): p. 130-6.
1163. Steele, R., Research network. RCM research network. RCM Midwives Journal, 1999. 2(12): p. 373-373.
1164. Steele, R., RCM research network. RCM Midwives Journal, 2001. 4(3): p. 77-77.
1165. Steele, R., Research governance in health and social care. RCM

- Midwives, 2002. 5(10): p. 326-7.
1166. Steele, R., Influencing the research agenda. RCM Midwives, 2003. 6(1): p. 16-7.
 1167. Steen, M., M. Briggs, and D. King Alleviating postnatal perineal trauma: to cool or not to cool? (Structured abstract). British Journal of Midwifery, 2006. 304-306.
 1168. Steen, M. and T. Roberts, The pocket guide to midwifery research, ed. Wiley-Blackwell2010: Wiley-Blackwell.
 1169. Stevens, B., et al. Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. J Adv Nurs, 2006. 233-43.
 1170. Stevenson, J., The Bristol Third-Stage Trial. Midwifery Today Int Midwife, 2005(73): p. 41-3.
 1171. Stewart, S., Internet tips and tricks. Practising Midwife, 2004. 7(3): p. 28-28.
 1172. Stewart, S.D., Economic and personal factors affecting women's use of nurse-midwives in Michigan. Fam Plann Perspect, 1998. 30(5): p. 231-5.
 1173. Stichweh, R., Differenzierung der Wissenschaft. Zeitschrift für Soziologie, 1979. 8(1): p. 82-101.
 1174. Stichweh, R., Wissenschaft, Universität, Professionen : soziologische Analysen1984, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
 1175. Stichweh, R. Einheit und Differenz im Wissenschaftssystem der Moderne. 2006.
 1176. Stichweh, R. Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. 2006.
 1177. Stone, S.E., The evolving scope of nurse-midwifery practice in the United States. J Midwifery Womens Health, 2000. 45(6): p. 522-31.
 1178. Stuart, D. and S. Oshio, Primary care in nurse-midwifery practice: a national survey. J Midwifery Womens Health, 2002. 47(2): p. 104-9.
 1179. Sullivan, D.A., Labor pains - modern midwives and home birth. Vol. New Haven. 1988: Yale University Press.
 1180. Sullivan, N.H., CNMs/CMs as primary care providers: scope of practice issues. J Midwifery Womens Health, 2000. 45(6): p. 450-6.
 1181. Sullivan, N.H. and M. Witte, Care of the at-risk neonate born at home. A model for nurse-midwife/physician collaboration. J Nurse Midwifery, 1995. 40(6): p. 534-40.
 1182. Surtees, R., 'Inductions of labour': on becoming an experienced midwifery practitioner in Aotearoa/New Zealand. Nurs Inq, 2008. 15(1): p. 11-20.
 1183. Swartz, M.K., Primary care and differential diagnosis of the newborn. General considerations for the CNM. J Nurse Midwifery, 1992. 37(2 Suppl): p. 18S-26S.
 1184. Sykes, W. and B. Bryans, Maternally grateful. Health Serv J, 1994. 104(5396): p. 28.
 1185. Symon, A., Litigation and changes in professional behaviour: a qualitative appraisal, in Midwifery2000. p. 15-21.
 1186. Tamborlane, T.A., Physician assistants and nurse midwives: scope of practice in N.J. Trends Health Care Law Ethics, 1994. 9(4): p. 22-3, 16.
 1187. Taylor, R., Caesarean rates. Health Serv J, 2004. 114(eng).
 1188. Theron, G.B. Effect of the maternal care manual of the perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograms. J Perinatol, 1999. 432-5.

1189. Theron, G.B., et al., Rapid intrapartum or postpartum HIV testing at a midwife obstetric unit and a district hospital in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011. 113(1): p. 44-9.
1190. Thomas, B.G. and C. McCourt, Problem-based learning. Reducing the theory-practice gap? *Pract Midwife*, 2001. 4(7): p. 52.
1191. Thomas, L.H., et al. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999. DOI: 10.1002/14651858.CD000349.
1192. Thomas, L.H., et al. Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review (Brief record). *J Adv Nurs*, 1999. 40-50.
1193. Thomas, L.H., et al. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations (Brief record). *Quality in Health Care*, 1998. 183-191.
1194. Thompson, J.E., Nurse-midwifery care: 1925 to 1984. *Annu Rev Nurs Res*, 1986. 4: p. 153-73.
1195. Thompson, J.E., et al., Theory building in nurse-midwifery. The care process. *J Nurse Midwifery*, 1989. 34(3): p. 120-30.
1196. Thompson, J.F., et al., Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study. *Med J Aust*, 2000. 172(11): p. 532-6.
1197. Thomson, A., Why do we continue to use ineffective types of care? *Midwifery*, 1992. 8(4): p. 157-8.
1198. Tiedemann, K., Hebammen im Dritten Reich - über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik, 2001, Mabuse-Verl.
1199. Timmer, A. and M. Groß, Evidenz in der Geburtshilfe und Gynäkologie, in *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe mit 58 Tabellen*, S.M. Wacker J, Bastert G, Heyl W (Hg.) Editor 2007, Springer.
1200. Tintor, M., Gesundheit in bewegten Zeiten. *Zeitschrift für Personal - Human Resource*, 2009. 2009(Heft 12): p. S 30-31.
1201. Tintor, M. Das Leben im Werk - Psychosoziale Gesundheit in bewegten Zeiten. in *Kongress Armut und Gesundheit - Ethik im Spannungsfeld und Satellitenveranstaltung "Global - Gerecht - Gesund?"*. 2010. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 15. , CD-ROM, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin 2010 o.
1202. Tomaselli, S., Unsicherheit ist weniger riskant als falsche Sicherheit Sandra Tomaselli zeigt auf, wie Hebammen lernen können, wissenschaftliche Ergebnisse zu sichten und zu nutzen, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2007.
1203. Tomaselli, S., Einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt? Sandra Tomaselli hat den Stand der Forschung gesichtet, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2008.
1204. Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig, Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007. 19(6): p. 349-357.
1205. Torres, A. and M.R. Reich, The shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and The Netherlands. *Int J Health Serv*, 1989. 19(3): p. 405-14.
1206. Townsend, J., et al., Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a

- randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess*, 2004. 8(14): p. iii-iv, ix-xi, 1-100.
1207. Tracy, S., Guest editorial. *New Zealand College of Midwives Journal*, 2002. 26: p. 3-4.
 1208. Trendall, J., Concept analysis: chronic fatigue. *J Adv Nurs*, 2000. 32(5): p. 1126-31.
 1209. Tsirigotis, C., Im Dialog - Von Nichtwissen, Fragen und Erkunden, Vielstimmigkeit und sokratischer Hebammenkunst, in *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 2010.
 1210. Tsuru, S., et al., Relationships among midwifery care, trend of birth rate, medical resources and consumer's view, in *International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world*, ICM, Editor 2002, ICM: Vienna 2002.
 1211. Tungpunkom, P. and M. Nicol Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD000381.pub2.
 1212. Turk, D.C., et al., Analyzing multiple endpoints in clinical trials of pain treatments: IMMPACT recommendations. *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials. Pain*, 2008. 139(Department of Anesthesiology, University of Washington, Seattle, 98195, USA. turkdc@u.washington.edu).
 1213. Turnbull, D., et al., Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 1996. 348(9022): p. 213-8.
 1214. Turner, C., et al., Cohort Profile: The Nurses and Midwives e-Cohort Study—a novel electronic longitudinal study. *Int J Epidemiol*, 2009. 38(1): p. 53-60.
 1215. Turner, C.E., et al., Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG*, 2008. 115(12): p. 1494-502.
 1216. Tyler, S. and R. Jenkins, Can GPs reach the high Cs? *Health Serv J*, 1994. 104(5387): p. 30.
 1217. Ullman, R., et al. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD007396.pub2.
 1218. Ulrich, S., Revisiting an "old" solution to the high costs of maternity care. *Med Interface*, 1994. 7(10): p. 106, 108, 111-2 passim.
 1219. United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting, UKCC asks practitioners to test higher level of practice descriptor and standard, M.a.H.V. United Kingdom Central Council for Nursing, Editor 1999: London
 1220. Urquhart, C., et al. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD002099.pub2.
 1221. Uvnäs Moberg, K., Oxytocin verbindet. Prof. Dr. Kerstin Uvnäs Moberg hat zur Wirkung des Hormons für Wehen, Milchfluss und Bindung geforscht, in *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2010.
 1222. van den Berg, I., et al. Cost-effectiveness of breech version by acupuncture-type interventions on BL 67, including moxibustion, for women with a breech foetus at 33 weeks gestation: a modelling approach

- (Provisional abstract). *Complementary Therapies in Medicine*, 2010. 67-77.
1223. Van Hoover, C., State regulations for licensure and the master's of science in midwifery... "New directions in midwifery education: the master's of science in midwifery degree" (*Journal of Midwifery & Women's Health*, 2003, Vol 48, No. 2, pp 133-137). *J Midwifery Womens Health*, 2003. 48(4): p. 297-297.
 1224. van Teijlingen, E. and H. Cheyne, Ethics in midwifery research. *RCM Midwives*, 2004. 7(5): p. 208-10.
 1225. van Teijlingen, E. and J. Ireland, Research interviews in midwifery. *RCM Midwives*, 2003. 6(6): p. 260-3.
 1226. van Teijlingen, E., et al., Comparative studies in maternity care. *RCM Midwives*, 2003. 6(8): p. 338-40.
 1227. van Teijlingen, E., P. Simkhadaz, and J. Ireland, Lessons learnt from undertaking maternity care research in developing countries. *Evidence Based Midwifery*, 2010. 8(1): p. 12-16.
 1228. Vennemann, M., Plötzlicher Säuglingstod: Aktueller Stand der Ursachenforschung, in *Die Hebamme* 2002.
 1229. Vik, K., et al., "It's about focusing on the mother's mental health": screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective--a qualitative study. *Scand J Public Health*, 2009. 37(3): p. 239-45.
 1230. Voigt, M., et al., 7. Mitteilung: Normwerte der Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (Analyse des Schwangerenkollektivs der Jahre 1995 - 1997 der Bundesrepublik Deutschland). *Geburtsh Frauenheilk*, 2004. 64(01): p. 53,58.
 1231. von Elm, E., et al., Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. *Der Internist*, 2008. 49(Institut for Sozial-und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern. strobe@ispm.unibe.ch).
 1232. Wahrig-Burfeind, R., ed. *Wahrig Fremdwörterlexikon*. 2001, Bertelsmann: Gütersloh, München.
 1233. Wakefield, M. and W. Jones, Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Aust N Z J Public Health*, 1998. 22(3 Suppl): p. 313-20.
 1234. Waldenstrom, U., Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 1998. 14(4): p. 207-13.
 1235. Waldenstrom, U., et al., Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 2000. 27(3): p. 156-67.
 1236. Waldenstrom, U., et al., Team midwife care: maternal and infant outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2001. 41(3): p. 257-64.
 1237. Waldenstrom, U. and C.A. Nilsson, A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 1997. 24(1): p. 17-26.
 1238. Waldenstrom, U. and D. Turnbull A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services (Structured abstract). *Br J Obstet Gynaecol*, 1998. 1160-1170.
 1239. Walker, P., Demystifying the research process in education. *Mod Midwife*, 1994. 4(3): p. 12-5.
 1240. Walker, P.H. and P.W. Stone, Exploring cost and quality: community-based versus traditional hospital delivery systems. *J Health Care Finance*,

1996. 23(1): p. 23-47.
1241. Wallace, L.M., et al. A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery*, 2006. 262-73.
1242. Wallace, M. and A. Fawcett-Henesy, Europäische-Union-Standards für Pflegende und Hebammen Information für EU-Beitrittsländer ; Programm Pflege- und Hebammenwesen, 2001, WHO-Regionalbüro für Europa: Kopenhagen.
1243. Wallen, J., et al., Nonphysician health care providers in pediatrics. *Paediatrician*, 1982. 11(3-4): p. 225-39.
1244. Walsh, D., Euphemisms for an obstetric-led agenda. *British Journal of Midwifery*, 1999. 7(7): p. 410-410.
1245. Walsh, D. and S.M. Downe Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review (Provisional abstract). *Birth*, 2004. 222-229.
1246. Walsh, R.A., et al. Process measures in an antenatal smoking cessation trial: another part of the picture. *Health education research*, 2000. 469-83.
1247. Walters, S.J., Sample size and power estimation for studies with health related quality of life outcomes: a comparison of four methods using the SF-36. *Health Qual Life Outcomes*, 2004. 2: p. 26.
1248. Walton, J.G., Information and the midwife. *Midwifery*, 1985. 1(4): p. 191-194.
1249. Warburton, W. An exploration of home birth after cesarean. in *ICM 24th Triennale Congress*. 1996. Oslo.
1250. Ward, C., HIV testing in pregnancy. *Pract Midwife*, 1999. 2(2): p. 14-6.
1251. Ward, V.P., et al., Enhanced surgical site infection surveillance following caesarean section: experience of a multicentre collaborative post-discharge system. *J Hosp Infect*, 2008. 70(2): p. 166-73.
1252. Watson, M.J., New dimensions of human caring theory. *Nurs Sci Q*, 1988. 1(4): p. 175-81.
1253. Watson, P., Antenatal HIV testing. A new challenge for midwives. *Pract Midwife*, 2001. 4(5): p. 14-6.
1254. Watts, T., et al., Methodologies analysing individual practice in health care: a systematic review. *J Adv Nurs*, 2001. 35(2): p. 238-56.
1255. Way, S., Midwifery. Screening for congenital dislocation of the hip. *Nurs Times*, 1991. 87(13): p. 36-8.
1256. Way, S., The combined use of diaries and interviewing for the collection of data in midwifery research. *Evidence Based Midwifery*, 2011. 9(2): p. 66-70.
1257. Weber, K., Einführung in die Erkenntnis-und Wissenschaftstheorie, 2004, Lehrstuhl für philosophische Grundlagen kulturwissenschaftlicher Analyse Fakultät für Kulturwissenschaften: Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder).
1258. Wei, S.-Q., et al., High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2010. 203(4): p. 296-304.
1259. Weichs, B., Klinikgeburt ohne Arzt BABY und Familie, 2008. 7: p. S. 48-51.
1260. Weidner, F., Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege, 1995, Mabuse-Verl.
1261. Weingart, P., Wissenschaftssoziologie, 2003, Transcript-Verl.: Bielefeld.
1262. Weisbord, J.S., et al., Sexually transmitted diseases during pregnancy:

- screening, diagnostic, and treatment practices among prenatal care providers in Georgia. *South Med J*, 2001. 94(1): p. 47-53.
1263. Weiss, S., B. McLain, and J. Fullerton, A collaborative intercampus model for graduate studies in primary care nursing. *Int J Nurs Stud*, 1988. 25(4): p. 261-70.
1264. Weitz, T., P. Anderson, and D. Taylor, Advancing scope of practice for advanced practice clinicians: more than a matter of access. *Contraception*, 2009. 80(2): p. 105-7.
1265. Wesche, M., Flaute bei "Primama". Marianne Wesche hat recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2007.
1266. Wesche, M., "Die große Mehrheit handelt korrekt und ehrlich". Marianne Wesche hat zum Thema Abrechnungsbetrug recherchiert, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2007.
1267. Wesche, M., Zeitarbeit: Arbeit auf Zeit? Marianne Wesche hat zu einem Thema recherchiert, das auch Hebammen zunehmend betrifft, in *Deutsche Hebammenzeitschrift* 2008.
1268. Weyland, U. and B. Borrmann, Fruchtbarkeit und Schwangerschaft als Unterrichtsthema. Überlegungen zur Konzeption dieses Themas für Schülerinnen an berufsbildenden Schulen. *Prävention*, 2002. 25(de).
1269. Whall, A.L., M. Sinclair, and K. Parahoo, A philosophic analysis of Evidence-Based Nursing: recurrent themes, metanarratives, and exemplar cases. *Nurs Outlook*, 2006. 54(1): p. 30-5.
1270. Wheeler, S., et al., Gift of life: enhancing the availability of obstetrical care in Alabama. *J Health Soc Policy*, 1992. 3(4): p. 7-20.
1271. White, O., Coitus interruptus as a method of contraception. *British Journal of Midwifery* 1995. 3(3): p. 152-153, 155.
1272. White, V., Midwives' perceptions of research based practice, in *ICM 24th Triennale Congress* 1996: Oslo.
1273. WHO Studygroup, Nursing beyond the year 2000. Report of a WHO Study Group. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 1994. 842: p. 1-21.
1274. Wickham, S., Evidence-informed midwifery. 2. Using research in midwifery practice. *Midwifery Today Int Midwife*, 1999(52): p. 39-41.
1275. Wickham, S., Midwifery education: unity and diversity. *Pract Midwife*, 2001. 4(9): p. 4-5.
1276. Wickham, S., Number crunching. *Pract Midwife*, 2002. 5(5): p. 29.
1277. Wickham, S. Research unwrapped. *Obstetric skills and drills. Pract Midwife*, 2008. 42-4.
1278. Widmark, C., et al., Opportunities and burdens for nurse-midwives working in primary health care. An example from population-based cervical cancer screening in urban Sweden. *J Nurse Midwifery*, 1998. 43(6): p. 530-40.
1279. Wiegers, T.A. and C.W.P.M. Hukkelhoven, The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2010. 10(Netherlands institute for health services research, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, the Netherlands. t.wiegers@nivel.nl).
1280. Wiegers, T.A., J. van der Zee, and M.J. Keirse, Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth*, 1998. 25(The Netherlands Institute of Primary Health Care, Utrecht, The Netherlands.).
1281. Wilken, M.K., State regulatory boards, regulations, and midlevel practitioners in rural America, 1993, UNIVERSITY OF NEBRASKA - LINCOLN. p. 205 p.

1282. Willhöft, S., et al., Merkmale zur Abgrenzung zwischen latenter und aktiver Eröffnungsphase in empirischen geburtshilflichen Arbeiten. *Geburtsh Frauenheilk*, 2007. 68(08): p. P9.
1283. Williams, C. and M. Larkin, Midwives in research. Identifying and overcoming problems. *Pract Midwife*, 2000. 3(7): p. 34-6.
1284. Williams, D.R., Credentialing certified nurse-midwives. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(4): p. 258-64.
1285. Wilson, J., Bridging the theory practice gap. *Aust Nurs J*, 2008. 16(4): p. 25.
1286. Wilson, S.M., An ethnography of midwifery work patterns during organisational redesign. *Aust Health Rev*, 2000. 23(1): p. 22-33.
1287. Winter, C. and L. Davies, Midwives' Journal. The booking-in interview. *Nurs Times*, 1992. 88(35): p. 58-9.
1288. Wolke, D., et al., A randomised controlled trial of maternal satisfaction with the routine examination of the newborn baby at three months post birth. *Midwifery*, 2002. 18(2): p. 145-54.
1289. Wolke, D., et al., Routine examination of the newborn and maternal satisfaction: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2002. 86(3): p. F155-60.
1290. Wood, C.L., Postdate pregnancy update. *J Nurse Midwifery*, 1994. 39(School of Nursing, University of Maine, Orono 04469.).
1291. Woods, A., et al., Injury prevention training: a cluster randomised controlled trial assessing its effect on the knowledge, attitudes, and practices of midwives and health visitors. *Inj Prev*, 2004. 10(2): p. 83-7.
1292. Woodward, S., C.S. Norton, and P. Chiarelli Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD008486.
1293. Woodward, S., C.S. Norton, and J. Gordon Reflexology for treatment of constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD008156.
1294. Woodward, V., Caring for women: the potential contribution of formal theory to midwifery practice. *Midwifery*, 2000. 16(1): p. 68-75.
1295. Wray, J., Making sense of research. *Pract Midwife*, 2004. 7(7): p. 32-3.
1296. Wray, J., Breastfeeding and primitive neonatal reflexes. *Pract Midwife*, 2008. 11(5): p. 53-6.
1297. Wren, L., Midwife's ABC of good record keeping. *Midwives*, 1995. 108(1293): p. 338.
1298. Wrieden, W.L. and A. Symon, The development and pilot evaluation of a nutrition education intervention programme for pregnant teenage women (food for life). *J Hum Nutr Diet*, 2003. 16(2): p. 67-71.
1299. Xyrichis, A. and E. Ream, Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008. 61(2): p. 232-41.
1300. Yancho, C., Adding a personal touch. Nurse-midwives improve the quality of health care. *Mich Health Hosp*, 1995. 31(5): p. 30.
1301. Zablocki, E., The midwife option. Health plans and certified nurse midwives are offering women choices in how they give birth. *Healthplan*, 1996. 37(3): p. 100-6.
1302. Zempel, W., et al., Die „Babyfriendly-Hospital-Initiative“ im universitären Setting - ein gelungenes Beispiel für evidenzbasierte Versorgung. *Geburtsh Frauenheilk*, 2008. 68(S 01): p. PO_Geb_03_27.

- 1303. Ziegenhain, U., et al., Guter Start ins Kinderleben - Werkbuch Vernetzung, N.Z.F. Hilfen, Editor 2010, Süddeutsche Verlagsgesellschaft Ulm: Ulm.
- 1304. Zoege, M., Hebammenprojekt Emsland, in Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung ; Verbesserung der Schwangerenvorsorge, der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode 1993, Inst. für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Univ., Bibliothek.
- 1305. Zoege, M., Die Professionalisierung des Hebammenberufs- Anforderungen an die Ausbildung, 2004, Huber.

Nicht zitierfähige Literatur (NZL) (52)

- 1306. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Hebammen und ihre Lehrer, 2000.
- 1307. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Positive Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf aus der Sicht der Gebärenden, 2000.
- 1308. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Stationäre Wochenpflege: Evaluation 'ganzheitlicher' und 'herkömmlicher' Betreuungsformen in der post-partalen Phase, 2000.
- 1309. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Well-being & Birth in American first-time mothers, 2003.
- 1310. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Technisierung der normalen Geburt – Interventionen im Kreißsaal, 2004.
- 1311. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Einfluss des Kohärenzgefühls auf Frühgeburtlichkeit - eine prospektive Studie, 2004.
- 1312. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit von Müttern, 2005.
- 1313. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Gesundheitspotential, physiologische Schwangerschaft und Geburtsmodus, 2005.
- 1314. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Außerklinische Geburten in Deutschland, 2006.
- 1315. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Gewichtsentwicklung gesunder Schwangerer im Schwangerschaftsverlauf, 2007.
- 1316. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Gesundheit und Wohlbefinden übergewichtiger Frauen rund um die Geburt, 2008.
- 1317. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Effektivität der Beratung zur Jodsubstitution bei Schwangeren", 2009.
- 1318. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Zeitliche Ausweitung der Wochenbettbetreuung durch Hebammen, 2010.
- 1319. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung?, 2010.
- 1320. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, „Elternerfahrung“, 2011.
- 1321. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Fokus Frühe Ernährung, keine Angaben.
- 1322. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, COST-Network ISO 907, keine Angaben.

- 1323. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Verlauf und Erleben unkomplizierter Schwangerschaft und Geburt bei Erstgebärenden in acht europäischen Ländern, keine Angaben.
- 1324. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Mütter nach Frühgeburt: Welche Rolle spielen Scham, Schuld und persönliche Ressourcen für ihr psychisches Wohlbefinden?, keine Angaben.
- 1325. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, (Ist-)Prozess-Analyse der Geburtsverlaufsdokumentation (I) – Medizinische und psychosoziale Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und Befindlichkeit der Frauen im prä-, postpartalen und klinischen Geburtsverlauf (II), keine Angaben.
- 1326. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Das Versorgungskonzept Hebammenkreißaal in Deutschland - Einfluss des Versorgungskonzeptes auf die Unterstützung der physiologischen Geburt, keine Angaben.
- 1327. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Beteiligung am Forschungsprojekt "Patientenorientierte Konzepte zur Systematisierung der Pflegepraxis" der Arbeitsgruppe Pflegeforschung der FH Osnabrück keine Angaben.
- 1328. Forschungsschwerpunkt Maternal Health Osnabrück, Konzepte der klinischen Versorgung im Wochenbett keine Angaben.
- 1329. Forschungsverbund Osnabrück, Handlungsformen und Entwicklungspotentiale in der außerklinischen Geburtshilfe 2004.
- 1330. Forschungsverbund Osnabrück, Konzeptionelle Entwicklung innovativer Hebammenausbildung durch Lernortkooperation, 2006.
- 1331. Forschungsverbund Osnabrück, Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal, 2007.
- 1332. Forschungsverbund Osnabrück, Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen, 2007.
- 1333. Forschungsverbund Osnabrück, Untersuchung geänderter gesellschaftlicher und fachwissenschaftlicher Anforderungen an den Versorgungsauftrag im Pflege- und Hebammenwesen, 2008.
- 1334. Forschungsverbund Osnabrück, Neue Perspektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar, 2008.
- 1335. Forschungsverbund Osnabrück, „New kidz on the block“ – Wie werden sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen für die Geburtsvorbereitung interessiert?Projekttite, 2010.
- 1336. Forschungsverbund Osnabrück, Studie zum Management des physiologischen Geburtsverlaufes im Hebammenkreißaal, 2011.
- 1337. Forschungsverbund Osnabrück, Kosten/ Nutzen und Kosten/ Wirksamkeits- Analysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe, 2011.
- 1338. Forschungsverbund Osnabrück, Teilprojekt A „Expertenstandard Physiologische Geburt“, 2011.
- 1339. Forschungsverbund Osnabrück, Teilprojekt D „Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbeleges für die postpartale Phase“, 2011.
- 1340. Forschungsverbund Osnabrück, Teilprojekt C „Assessment- und Dokumentationsinstrument“, 2012.
- 1341. Forschungsverbund Osnabrück, Teilprojekt E: „Interdisziplinärer Wissenstransfer“, keine Angaben.

- 1342. Forschungsverbund Osnabrück, Teilprojekt B „Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißsaal“ keine Angaben.
- 1343. Luyben, A., Pränatale Betreuung: Was brauchen schwangere Frauen?, 2006.
- 1344. Luyben, A., Der Mutter eine Mutter sein. , 2008.
- 1345. MH-Hannover, Prozessorientierte Betreuung und Wohlbefinden von Low-Risk- Gebärenden (ProGeb Studie), M.-. Hannover, Editor ohne Datumsangabe: keine Publikation vorliegend.
- 1346. MH-Hannover, Hebammenbetreuung in der Region Hannover, M.-. Hannover, Editor ohne Datumsangabe: keine Publikation vorliegend.
- 1347. MH-Hannover, Sektorenübergreifende Arbeitsgruppe zum Thema Mutterpass, MH-Hannover, Editor ohne Datumsangabe: keine Publikation vorliegend.
- 1348. MH-Hannover, Qualitätsmanagement von Geburtskliniken, MH-Hannover, Editor ohne Datumsangabe: keine Publikation vorliegend.
- 1349. MH-Hannover, Studie zum mütterlichen Wohlbefinden nach Frühgeburt, MH-Hannover, Editor ohne Datumsangabe: keine Publikation vorliegend.
- 1350. Rockenschaub, A., Vom „furor operativus“ zur Entbindungstechnologie – wie finden wir wieder zur echten Hebammenkunst?, in Vortrag2007.
- 1351. Wissenschaftsrat, Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, in Drs. 2411-122012.
- 1352. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Statistik Leistungen frei praktizierender Hebammen 2009, 2009.
- 1353. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Evaluation und Bestandesaufnahme Wöchnerinnen in der Schweiz, 2009.
- 1354. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Online Tool zur Erfassung der Leistungen frei praktizierender Hebammen, 2010.
- 1355. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Entscheidungsprozesse bei Komplikationen während Haus- und Geburtshausgeburten, 2011.
- 1356. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Statistik Leistungen frei praktizierender Hebammen 2010, 2011.
- 1357. Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Kaiserschnittgeburten: Häufigkeit, Gründe und Konsequenzen, 2011.

Internetquellen (29)

- 1358. www.cebm.net/index., Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford, Zugriff 16.06.2012.
- 1359. www.dghwi.de/, Zugriff 14.12.2012.
- 1360. www.dghwi.de/, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Zugriff 18.01.2011.
- 1361. www.enzyklo.de, Hebamme, Zugriff 30.10.2012.
- 1362. www.equator-network.org, EQUATOR Network website - the resource centre for good reporting of health research studies Zugriff 28.10.2012.
- 1363. www.fh-gesundheit.de, Hochschule für Gesundheit in Bochum, Zugriff 01.02.2011.
- 1364. www.fh-krems.ac.at, FH Krems, Hebammen Forschung & Entwicklung, Zugriff 06.02.2011.
- 1365. www.fh-krems.ac.at, FH Krems, „School of Health“, Zugriff 23.04.2012.
- 1366. www.gesundheit.bfh.ch, Berner Fachhochschule BFH, Fachbereich

- Gesundheit, Abteilung Forschung und Entwicklung, Zugriff 06.02.2011.
1367. www.gesundheit.zhaw.ch, Zürcher Hochschule Angewandte Wissenschaften, Departement Gesundheit, Institut für Hebammen, Zugriff 06.02.2011.
1368. www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/753.php, Zugriff 01.11.2012.
1369. www.hebamme.ch/de/heb/stud/, Forschungsarbeiten von Hebammen, Zugriff 18.01.2011.
1370. www.hebammenforschung.de, Verbund Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück, Zugriff 20.01.2011.
1371. www.hebammenforschung.de, Verbund Hebammenforschung an der Fachhochschule Osnabrück, Zugriff 23.04.2012.
1372. www.Hebammenverband.de, Deutscher Hebammenverband, Zugriff 09.08.2011.
1373. www.humboldt-foundation.de/pls/web/docs/F13905/12_disk_papier_publicationsverhalten_2_kompr.pdf, Publikationsverhalten in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen - Beiträge zur Beurteilung von Forschungsleistungen, 2009.
1374. www.internationalmidwives.org, ICM, Zugriff 08.09.2011.
1375. www.mana.org, Midwives Alliance of North America, Zugriff 09.09.2011.
1376. www.maternal-health.uos.de, Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health an der Universität Osnabrück, Zugriff 02.02.2011.
1377. www.maternal-health.uos.de, Forschungsschwerpunkt Maternal and Child Health an der Universität Osnabrück, Zugriff 26.04.2012.
1378. www.medizin.uni-halle.de, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Zugriff 01.02.2011.
1379. www.mh-hannover.de/hebammenwissenschaft.html, Medizinische Hochschule Hannover - AG Hebammenwissenschaft Zugriff 18.01.2011.
1380. www.mh-hannover.de/hebammenwissenschaft.html, klinische Studien, Zugriff 24.04.2012.
1381. www.midirs.org, MIDIRS Database, Zugriff 04.01.2012.
1382. www.nursing.unibas.ch, Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, Forschung, Zugriff 06.02.2011.
1383. www.qualitaetimwochenbett.de, Qualität im Wochenbett - das Qualitätsnetzwerk des Hebammenverbandes Niedersachsen, Zugriff 15.01.2010.
1384. www.uni-bielefeld.de, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 4: Prävention und Gesundheitsförderung, Zugriff 24.04.2012.
1385. www.wikipedia.de, Zugriff 29.03.2011.
1386. www.Wissenschaft-im-Dialog.de, Eine Initiative der deutschen Wissenschaft, Zugriff 01.06. 2012: gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

13.2. Eingeschlossene Literatur (341)

1. ABRAHAMS, N., JEWKES, R. & MVO, Z. 2001. Health care-seeking practices of pregnant women and the role of the midwife in Cape Town, South Africa. *J Midwifery Womens Health*, 46, 240-7.
2. ALBERS, L. L. & MURPHY, P. A. 1993. Evaluation of research studies. Part III: Statistical significance testing. *J Nurse Midwifery*, 38, 51-3.
3. AMELINK-VERBURG, M. P., RIJNDERS, M. E. B. & BUITENDIJK, S. E. 2009. A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988-2004. *BJOG*, 116.
4. AMENT, L. A. & HANSON, L. 1998. A model for the future. Certified nurse-midwives replace residents and house staff in hospitals. *Nurs Health Care Perspect*, 19, 26-33.
5. ANDERHEIM, L., HOLTER, H., BERGH, C. & MOLLER, A. 2007. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: a controlled trial. *Reprod Biomed Online*, 14, 279-87.
6. ANDERSON, G. 2011. Students as valuable but vulnerable participants in research: getting the balance right using a feminist approach and focus group interviews. *Evidence Based Midwifery*, 9, 30-4.
7. ANDREWS, S. 2006. A framework for evaluation of scientific research papers. *RCM Midwives*, 9, 306-9.
8. AVCI, I. A., OZCAN, A., ALTAY, B. & CAVUSOGLU, F. 2008. The problems encountered by midwives during breast self-examination training. *Eur J Oncol Nurs*, 12, 329-33.
9. AYERLE, G. M. & GROß, M. M. 2010. Psychometrische Erfassung der Konstrukte Subjektives Wohlbefinden und Coping in der Schwangerschaft. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*.
10. AYERLE, G. M., HECKER, H., FRÖMKE, C., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2008. Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 212, 176,182.
11. BARNES, M. 1999. Research in midwifery--the relevance of a feminist theoretical framework. *Aust Coll Midwives Inc J*, 12, 6-10.
12. BASHOUR, H. N., KHAROUF, M. H., ABDULSALAM, A. A., EL ASMAR, K., TABBAA, M. A. & CHEIKHA, S. A. 2008. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. *Public Health Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/302/CN-00630302/frame.html>.
13. BATTERSBY, S. & DEERY, R. 2001. Midwifery and research. Comparable skills in listening and the use of language. *Pract Midwife*, 4, 24-5.
14. BAUER, N. & SAYN- WITTGENSETIN, F. Z. 2007. Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal" - Abschlussbericht der Teilprojekte der Fachhochschule Osnabrück ; zum Förderschwerpunkt Angewandte Pflegeforschung ; Verbund Hebammenforschung ; Projektlaufzeit: 01.02.2004 - 30.04.2007.
15. BAUMGÄRTNER, B. 2007. Wunschkaiserschnitt: Zusammenhänge von Angst, Selbstbestimmung und Lifestyle.

16. BEAL, M. W. 1992. Chlamydia infection in a nurse-midwifery caseload. *J Nurse Midwifery*, 37, 210-4.
17. BENJAMIN, Y., WALSH, D. & TAUB, N. 2001. A comparison of partnership caseload midwifery care with conventional team midwifery care: labour and birth outcomes. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/520/CN-00373520/frame.html>.
18. BENNETT, C. & WEALE, A. 1997. HIV and AIDS awareness: an evaluation of a short training programme for midwives. *J Adv Nurs*, 26, 273-82.
19. BILEY, F. C. & FRESHWATER, D. 1999. Trends in nursing and midwifery research and the need for change in complementary therapy research. *Complementary therapies in nursing & midwifery*, 5.
20. BIRÓ, M. A., WALDENSTRÖM, U., BROWN, S. & PANNIFEX, J. H. 2003. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/647/CN-00420647/frame.html>.
21. BIRÓ, M. A., WALDENSTRÖM, U. & PANNIFEX, J. H. 2000. Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/843/CN-00346843/frame.html>.
22. BJURESTEN, K., HREINSSON, J. G., FRIDSTRÖM, M., ROSENLUND, B., EK, I. & HOVATTA, O. 2003. Embryo transfer by midwife or gynecologist: a prospective randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/519/CN-00437519/frame.html>.
23. BLOOMFIELD, L., ROGERS, C., TOWNSEND, J., WOLKE, D. & QUIST-THERSON, E. 2003. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs; an evaluation using video recordings. *J Med Screen* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/878/CN-00482878/frame.html>.
24. BRADFORD, H. M., CARDENAS, V., CAMACHO-CARR, K. & LYDON-ROCHELLE, M. T. 2007. Accuracy of birth certificate and hospital discharge data: a certified nurse-midwife and physician comparison. *Matern Child Health J*, 11, 540-8.
25. BRAMWELL, R., WEST, H. & SALMON, P. 2006. Health professionals' and service users' interpretation of screening test results: experimental study. *BMJ*, 333, 284.
26. BROWNBRIDGE, G., LILFORD, R. J. & TINDALE-BISCOE, S. 1988. Use of a computer to take booking histories in a hospital antenatal clinic. Acceptability to midwives and patients and effects on the midwife-patient interaction. *Med Care*, 26, 474-87.
27. BRYAR, R. 2003. Theorie und Hebammenpraxis. Huber.
28. BUSSEY, C. G., BELL, J. F. & LYDON-ROCHELLE, M. T. 2007. Certified nurse midwife-attended births: trends in Washington State, 1995-2004. *J Midwifery Womens Health*, 52.
29. BUTTERWORTH, T. 2010. Enhancing capacity and capability in research

- undertaken by midwives. *Evidence Based Midwifery*, 8, 75-75.
30. CAMERON, J., TAYLOR, J. & GREENE, A. 2008. Representations of rituals and care in perinatal death in British midwifery textbooks 1937-2004. *Midwifery*, 24.
31. CAMPBELL, M. 2005. Chi2 test for linear trend--what's that?
32. CAROLAN, M. & FRANKOWSKA, D. 2011. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome: a review of the evidence. *Midwifery*, 27.
33. CAROLAN, M. & HODNETT, E. 2009. Discovery of soft markers on fetal ultrasound: maternal implications. *Midwifery*, 25.
34. CHEYNE, H., HUNDLEY, V. & SYMON, A. 2003. Policy, practice and research: does it make a difference? *RCM Midwives*, 6, 526-8.
35. CHURCH, S. & LYNE, P. 1994. Research-based practice: some problems illustrated by the discussion of evidence concerning the use of a pressure-relieving device in nursing and midwifery. *J Adv Nurs*, 19, 513-8.
36. CIGNACCO, E., DENHAERYNCK, K., NELLE, M., BÜHRER, C. & ENGBERG, S. 2009. Variability in pain response to a non-pharmacological intervention across repeated routine pain exposure in preterm infants: a feasibility study. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*.
37. CIGNACCO, E., HAMERS, J., VAN LINGEN, R. A., STOFFEL, L., BÜCHI, S., MÜLLER, R., SCHÜTZ, N., ZIMMERMANN, L. & NELLE, M. 2009. Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss medical weekly*.
38. CIGNACCO, E., HAMERS, J. P. H., STOFFEL, L., VAN LINGEN, R. A., SCHÜTZ, N., MÜLLER, R., ZIMMERMANN, L. J. I. & NELLE, M. 2008. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. *Swiss medical weekly*.
39. CIOFFI, J. & MARKHAM, R. 1997. Clinical decision-making by midwives: managing case complexity. *J Adv Nurs*, 25, 265-72.
40. CIOFFI, J., PURCAL, N. & RUNDELL, F. 2005. A pilot study to investigate the effect of a simulation strategy on the clinical decision making of midwifery students. *The Journal of nursing education* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/071/CN-00515071/frame.html>.
41. CLUETT, E. & BURNS, E. 2009. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD000111/frame.html>.
42. CLUETT, E. R., SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & GROß, M. 2003. Hebammenforschung-Grundlagen und Anwendung. Huber.
43. CNM DATAGROUP 1999. Oral intake in labor. Trends in midwifery practice. The CNM Data Group, 1996. *J Nurse Midwifery*, 44.
44. COOKE, M., MATTICK, R. P. & CAMPBELL, E. 2000. A description of the adoption of the 'Fresh start' smoking cessation program by antenatal clinic managers. *Aust J Adv Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/463/CN-00378463/frame.html>.
45. CREEDY, D. K., HORSFALL, J. & GAMBLE, J. 2002. Developing critical appraisal skills using a review of the evidence for postpartum debriefing. *Aust J Midwifery*, 15, 3-9.
46. CROFTS, J. F., BARTLETT, C., ELLIS, D., HUNT, L. P., FOX, R. &

- DRAYCOTT, T. J. 2006. Training for shoulder dystocia: a trial of simulation using low-fidelity and high-fidelity mannequins. *Obstet Gynecol* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/105/CN-00574105/frame.html>.
47. CROOKES, P. A., REIS, S. L. & JONES, S. C. 2010. The development of a ranking tool for refereed journals in which nursing and midwifery researchers publish their work. *Nurse Educ Today*, 30, 420-7.
48. DA SILVA, F. M., DE OLIVEIRA, S. M. & NOBRE, M. R. 2009. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25, 286-94.
49. DAHLEN, H. & HOMER, C. S. 2008. What are the views of midwives in relation to perineal repair?
50. DAHLEN, H., HOMER, C. S. E. & HOMER, C. S. 2010. Infant feeding in the first 12 weeks following birth: a comparison of patterns seen in Asian and non-Asian women in Australia.
51. DAHLEN, H. G., HOMER, C. S., COOKE, M., UPTON, A. M., NUNN, R. A. & BRODRICK, B. S. 2009. 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/770/CN-00704770/frame.html>.
52. DAHLEN, H. G., HOMER, C. S. E., LEAP, N. & TRACY, S. K. 2011. From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women Birth*, 24.
53. DANERER, M., MARSAL, K., CUTTINI, M., LINGMAN, G., NILSTUN, T. & DYKES, A. K. 2011. Attitudes of midwives in Sweden toward a woman's refusal of an emergency cesarean section or a cesarean section on request. *Birth*, 38, 71-9.
54. DARBYSHIRE, P. 2004. 'Rage against the machine?': nurses' and midwives' experiences of using Computerized Patient Information Systems for clinical information. *J Clin Nurs*, 13, 17-25.
55. DAVID, M., GROSS, M. M., WIEMER, A., PACHALY, J. & VETTER, K. 2009. Prior cesarean section--an acceptable risk for vaginal delivery at free-standing midwife-led birth centers? Results of the analysis of vaginal birth after cesarean section (VBAC) in German birth centers. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*.
56. DAVID, M., PACHALY, J., WIEMER, A. & GROSS, M. M. 2006. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland - Perinataldaten „großer“, „mittlerer“ und „kleiner“ Geburtshäuser im Vergleich. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 210, 166,172.
57. DAVIS, C., DAVIS, B. D. & BURNARD, P. 1997. Use of the QSR.NUD.IST computer program to identify how clinical midwife mentors view their work. *J Adv Nurs*, 26, 833-9.
58. DE VRIES, H., BAKKER, M., MULLEN, P. D. & VAN BREUKELLEN, G. 2006. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Educ Couns*, 63, 177-87.
59. DECLERCQ, E. R. 1995. Midwifery care and medical complications: the role of risk screening. *Birth*, 22, 68-73.
60. DECLERCQ, E. R., BICHELL, T. J. & CENTER, J. K. 1997. Population-based

- needs assessment. Bringing public health to midwifery practice. *J Nurse Midwifery*, 42, 478-88.
61. DEERY, R. & KIRKHAM, M. 2000. Moving from hierarchy to collaboration. The birth of an action research project. *Pract Midwife*, 3, 25-8.
 62. DENNIS-ANTWI, J. A. 2011. Preceptorship for midwifery practice in Africa: challenges and opportunities *Evidence Based Midwifery*, Volume 9
 63. DEVANE, D. & LALOR, J. G. 2006. A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/367/CN-00571367/frame.html>.
 64. DICKSON, N. 1996. A theory of caring for midwifery. *Aust Coll Midwives Inc J*, 9, 20-4.
 65. DIERS, D. 2007. Finding midwifery in administrative data systems. *J Midwifery Womens Health*, 52, 98-105.
 66. DOUGLAS, F., VAN TEIJLINGEN, E., BRINDLE, S., HUNDLEY, V., BRUCE, J. & TORRANCE, N. 2005. Designing questionnaires for midwifery research. *RCM Midwives*, 8, 212-5.
 67. DOVER, S. L. & GAUGE, S. M. 1995. Fetal monitoring--midwifery attitudes. *Midwifery*, 11.
 68. DOWNE, S. 2000. A proposal for a new research and practice agenda for birth. *MIDIRS Midwifery Digest*, 10, 337-341.
 69. DOWSWELL, T., BEDWELL, C., LAVENDER, T. & NEILSON JAMES, P. 2009. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD007214/frame.html>.
 70. DOWSWELL, T., RENFREW, M. J., HEWISON, J. & GREGSON, B. A. 2001. A review of the literature on the midwife and community-based maternity care. *Midwifery*, 17, 93-101.
 71. EAST, C. E. & WEBSTER, J. 1995. Episiotomy at the Royal Women's Hospital, Brisbane: a comparison of practices in 1986 and 1992. *Midwifery*, 11, 195-200.
 72. EKELIN, M. & CRANG-SVALENIUS, E. 2004. Midwives' attitudes to and knowledge about a newly introduced foetal screening method. *Scand J Caring Sci*, 18, 287-93.
 73. EKSTRÖM, A., WIDSTRÖM, A. M. & NISSEN, E. 2005. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/388/CN-00553388/frame.html>.
 74. ENGELS, Y., VERHEIJEN, N., FLEUREN, M., MOKKINK, H. & GROL, R. 2003. The effect of small peer group continuous quality improvement on the clinical practice of midwives in The Netherlands. *Midwifery*, 19, 250-8.
 75. FAUVEAU, V., STEWART, K., KHAN, S. A. & CHAKRABORTY, J. 1991. Effect on mortality of community-based maternity-care programme in rural Bangladesh. *Lancet*, 338, 1183-6.
 76. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2000. Hebammen und ihre Lehrer. NZL
 77. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2000. Positive Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf aus der Sicht der

Gebärenden. NZL

78. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2000.
Stationäre Wochenpflege: Evaluation 'ganzheitlicher' und 'herkömmlicher'
Betreuungsformen in der post-partalen Phase. NZL
79. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2003.
Well-being & Birth in American first-time mothers. NZL
80. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2004.
Einfluss des Kohärenzgefühls auf Frühgeburtlichkeit - eine prospektive
Studie. NZL
81. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2004.
Technisierung der normalen Geburt – Interventionen im Kreißsaal. NZL
82. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2005.
Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit von Müttern. NZL
83. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2005.
Gesundheitspotential, physiologische Schwangerschaft und
Geburtsmodus. NZL
84. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2006.
Außerklinische Geburten in Deutschland. NZL
85. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2007.
Gewichtsentwicklung gesunder Schwangerer im Schwangerschaftsverlauf.
NZL
86. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2008.
Gesundheit und Wohlbefinden übergewichtiger Frauen rund um die
Geburt. NZL
87. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2009.
Effektivität der Beratung zur Jodsubstitution bei Schwangeren". NZL
88. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2010.
Familienhebammen: Frühe Unterstützung – frühe Stärkung? NZL
89. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2010.
Zeitliche Ausweitung der Wochenbettbetreuung durch Hebammen. NZL
90. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK 2011.
„Elternerfahrung“. NZL
91. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine
Angaben. Beteiligung am Forschungsprojekt "Patientenorientierte
Konzepte zur Systematisierung der Pflegepraxis" der Arbeitsgruppe
Pflegeforschung der FH Osnabrück NZL
92. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine
Angaben. COST-Network ISO 907. NZL
93. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine
Angaben. Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal in Deutschland -
Einfluss des Versorgungskonzeptes auf die Unterstützung der
physiologischen Geburt. NZL
94. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine
Angaben. Fokus Frühe Ernährung. NZL
95. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine
Angaben. (Ist-)Prozess-Analyse der Geburtsverlaufsdokumentation (I) –
Medizinische und psychosoziale Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit und
Befindlichkeit der Frauen im prä-, postpartalen und klinischen
Geburtsverlauf (II). NZL
96. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine

- Angaben. Konzepte der klinischen Versorgung im Wochenbett NZL
97. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine Angaben. Mütter nach Frühgeburt: Welche Rolle spielen Scham, Schuld und persönliche Ressourcen für ihr psychisches Wohlbefinden? NZL
98. FORSCHUNGSSCHWERPUNKT MATERNAL HEALTH OSNABRÜCK keine Angaben. Verlauf und Erleben unkomplizierter Schwangerschaft und Geburt bei Erstgebärenden in acht europäischen Ländern. NZL
99. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2004. Handlungsformen und Entwicklungspotentiale in der außerklinischen Geburtshilfe NZL
100. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2006. Konzeptionelle Entwicklung innovativer Hebammenausbildung durch Lernortkooperation. NZL
101. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2007. Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen. NZL
102. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2007. Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal. NZL
103. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2008. Neue Perspektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar. NZL
104. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2008. Untersuchung geänderter gesellschaftlicher und fachwissenschaftlicher Anforderungen an den Versorgungsauftrag im Pflege- und Hebammenwesen. NZL
105. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2010. „New kidz on the block“ – Wie werden sozial benachteiligte schwangere Mädchen und Frauen für die Geburtsvorbereitung interessiert? Projekttitel NZL
106. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2011. Kosten/ Nutzen und Kosten/ Wirksamkeits- Analysen verschiedener Versorgungsangebote in der Geburtshilfe. NZL
107. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2011. Studie zum Management des physiologischen Geburtsverlaufes im Hebammenkreißaal. NZL
108. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2011. Teilprojekt A „Expertenstandard Physiologische Geburt“. NZL
109. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2011. Teilprojekt D „Entwicklung und Erprobung eines Dokumentationsbeleges für die postpartale Phase“. NZL
110. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK 2012. Teilprojekt C „Assessment- und Dokumentationsinstrument“. NZL
111. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK keine Angaben. Teilprojekt B „Personalbedarfsermittlung von Hebammen im Kreißaal“ NZL
112. FORSCHUNGSVERBUND OSNABRÜCK keine Angaben. Teilprojekt E: „Interdisziplinärer Wissenstransfer“. NZL
113. FOSTER, J. 2004. Fatherhood and the meaning of children: an ethnographic study among Puerto Rican partners of adolescent mothers. *J Midwifery Womens Health*, 49.
114. FOUNDS, S. A. 2006. Clinical implications from an exploratory study of postural management of breech presentation. *J Midwifery Womens Health*, 51.
115. FRASER, D. M. 1999. Delphi technique: one cycle of an action research project to improve the pre-registration midwifery curriculum. *Nurse Educ Today*, 19, 495-501.
116. FREEMAN, L. M., TIMPERLEY, H. & ADAIR, V. 2004. Partnership in midwifery care in New Zealand. *Midwifery*, 20, 2-14.

117. FULLERTON, J., SEVERINO, R., BROGAN, K. & THOMPSON, J. 2003. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice. *Midwifery*. 2003/08/30 ed.
118. FULLERTON, J. T. & WINGARD, D. 1990. Methodological problems in the assessment of nurse-midwifery practice. *Appl Nurs Res*, 3, 153-60.
119. GAMBLE, J., CREEDY, D., MOYLE, W., WEBSTER, J., MCALLISTER, M. & DICKSON, P. 2005. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32, 11-9.
120. GAREL, M., SEGURET, S., KAMINSKI, M. & CUTTINI, M. 2004. Ethical decision-making for extremely preterm deliveries: results of a qualitative survey among obstetricians and midwives. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 15, 394-9.
121. GIDDINGS LYNNE & WOOD PAMELA 2000. The methodological journey of a grounded theorist: an interview with Denise Dignam. Interview by Lynne S. Giddings, Pamela J. Wood. *Nurs Pract N Z*, 16, 4-16.
122. GILES, W., COLLINS, J., ONG, F. & MACDONALD, R. 1992. Antenatal care of low risk obstetric patients by midwives. A randomised controlled trial. *Med J Aust*, 157, 158-61.
123. GÖRANSSON, M., MAGNUSSON, A. & HEILIG, M. 2006. Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85, 657-62.
124. GOTTVALL, K. & WALDENSTROM, U. 2002. Does birth center care during a woman's first pregnancy have any impact on her future reproduction? *Birth*, 29, 177-81.
125. GRIESHOP, M. & ET AL 2011. Die Wahl der Forschungsmethode - ein Fallbeispiel.
126. GROß, M. 1994. Praxis im Wandel. Staude.
127. GROß, M. 1995. Wissenschaftliche Weiterbildung für Hebammen - Erfahrungen und Auswertungen von Ausbildungsprojekten. Hartung-Gorre.
128. GROß, M. 2001. Gebären als Prozess-empirische Befunde für eine wissenschaftliche Neuorientierung. Huber.
129. GROß, M. 2003. Die Geburtserfahrung - eine Übersichtsarbeit. *Geburtsh Frauenheilk*, 63, 321,325.
130. GROß, M. & ANTES, G. 2003. Wissenschaftliche Evidenz aus systematischen Übersichtsarbeiten zum Gebären. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, 17,23.
131. GROß, M. & SCHLIEPER, B. 1993. Anregung zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen in Ausbildung und Praxis. Hebammengemeinschaftshilfe.
132. GROSS, M. M., DROBNIC, S. & KEIRSE, M. J. N. C. 2005. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. *Birth (Berkeley, Calif.)*.
133. GROSS, M. M., HAUNSCHILD, T., STOEXEN, T., METHNER, V. & GUENTER, H. H. 2003. Women's recognition of the spontaneous onset of labor. *Birth (Berkeley, Calif.)*.
134. GROSS, M. M., HECKER, H. & KEIRSE, M. J. N. C. 2005. An evaluation of pain and "fitness" during labor and its acceptability to women. *Birth (Berkeley, Calif.)*.
135. GROSS, M. M., PETERSEN, A., HILLE, U. & HILLEMANN, P. 2010. Association between women's self-diagnosis of labor and labor duration

- after admission. *Journal of Perinatal Medicine*.
136. HAJEK, P., WEST, R., LEE, A., FOULDS, J., OWEN, L., EISER, J. R. & MAIN, N. 2001. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction (Abingdon, England)*, 96.
 137. HALL, J. 2010. Midwifery basics: understanding research (5): interpreting qualitative data. *Practising Midwife*, 13, 32-35.
 138. HALLDORSOTTIR, S. & KARLSOTTIR, S. I. 2011. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scand J Caring Sci*, 25, 806-817.
 139. HANCOCK, H., EMDEN, C., SCHUBERT, S. & HALLER, A. 2000. They were different and few: an Australian study of midwives' attitudes to research and computerised research findings. *Aust Coll Midwives Inc J*, 13, 7-13.
 140. HANGSLEBEN, K. L. & SCHAMBER, N. L. 1985. A computer-analyzed data collection system for nurse-midwifery services. Two years' experience. *J Nurse Midwifery*, 30, 212-21.
 141. HANS, J. D. & KIMBERLY, C. 2011. An educational intervention to change planned behavior concerning midwife-assisted out-of-hospital childbirth. *J Midwifery Womens Health*, 56.
 142. HARDING, J. E., ELBOURNE, D. R. & PRENDIVILLE, W. J. 1989. Views of mothers and midwives participating in the Bristol randomized, controlled trial of active management of the third stage of labor. *Birth*, 16, 1-6.
 143. HARRIS, M. 1992. The impact of research findings on current practice in relieving postpartum perineal pain in a large district general hospital. *Midwifery*, 8, 125-31.
 144. HARVEY, S., JARRELL, J., BRANT, R., STANTON, C. & RACH, D. 1996. A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/795/CN-00133795/frame.html>.
 145. HARVEY, S., RACH, D., STANTON, M. C., JARRELL, J. & BRANT, R. 2002. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/102/CN-00412102/frame.html>.
 146. HATEM, M., SANDALL, J., DEVANE, D., SOLTANI, H. & GATES, S. 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004667/frame.html>.
 147. HAWKINS, S. 1995. Water vs conventional births: infection rates compared. *Nurs Times* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/982/CN-00112982/frame.html>.
 148. HEAVEY, E. J., MOYSICH, K. B., HYLAND, A., DRUSCHEL, C. M. & SILL, M. W. 2008. Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic. *J Midwifery Womens Health*, 53.
 149. HEGARTY, J., MCCARTHY, G., D, O. S. & LEHANE, B. 2008. A review of nursing and midwifery education research in the Republic of Ireland. *Nurse Educ Today*, 28, 720-36.

150. HEGARTY, K., BROWN, S., GUNN, J., FORSTER, D., NAGLE, C., GRANT, B. & LUMLEY, J. 2007. Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy. *Birth*, 34.
151. HELLMERS, C., KRAHL, A. & SCHÜCKING, B. 2010. Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe: Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. *Geburtsh Frauenheilk*, 70, 553-560.
152. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2008. Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA.
153. HICKS, C. 1992. Research in midwifery: are midwives their own worst enemies? *Midwifery*, 8, 12-8.
154. HICKS, C. 1995. Good researcher, poor midwife: an investigation into the impact of central trait descriptions on assumptions of professional competencies. *Midwifery*, 11, 81-7.
155. HICKS, C., SPURGEON, P. & BARWELL, F. 2003. Changing Childbirth: a pilot project. *J Adv Nurs*, 42, 617-28.
156. HINDLEY, C. & THOMSON, A. M. 2005. The rhetoric of informed choice: perspectives from midwives on intrapartum fetal heart rate monitoring. *Health Expect*, 8, 306-14.
157. HINSLIFF, S. W., HINDLEY, C. & THOMSON, A. M. 2004. A survey of regional guidelines for intrapartum electronic fetal monitoring in women at low obstetric risk. *Midwifery*, 20, 345-57.
158. HODNETT, E. D., DOWNE, S., WALSH, D. & WESTON, J. A. 2010. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000012/frame.html>.
159. HODNETT, E. D., GATES, S., HOFMEYR, G. J., SAKALA, C. & WESTON, J. A. 2011. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html>.
160. HOMER, C. 2000. Incorporating cultural diversity in randomised controlled trials in midwifery. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/038/CN-00324038/frame.html>.
161. HOMER, C. S. 2002. Using the Zelen design in randomized controlled trials: debates and controversies. *J Adv Nurs*, 38, 200-7.
162. HOMER, C. S., DAVIS, G. K., COOKE, M. & BARCLAY, L. M. 2002. Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18, 102-12.
163. HUGHES, C. 2010. Phenomenological qualitative interviewing and the novice researcher. *Pract Midwife*, 13, 22-3.
164. HUNDLEY, V., MILNE, J., LEIGHTON-BECK, L., GRAHAM, W. & FITZMAURICE, A. 2000. Raising research awareness among midwives and nurses: does it work? *J Adv Nurs*, 31, 78-88.
165. HUNDLEY, V. & VAN TEIJLINGEN, E. 2002. Getting started in research. *RCM Midwives*, 5, 328-30.
166. HUNDLEY, V. & VAN TEIJLINGEN, E. 2002. The role of pilot studies in

- midwifery research. *RCM Midwives*, 5, 372-4.
167. HUNDLEY, V. A., CRUICKSHANK, F. M., MILNE, J. M., GLAZENER, C. M., LANG, G. D., TURNER, M., BLYTH, D. & MOLLISON, J. 1995. Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery*, 11, 163-73.
 168. HUNTER, B. & SEGROTT, J. 2010. Using a clinical pathway to support normal birth: impact on practitioner roles and working practices. *Birth*, 37, 227-36.
 169. HUNTER, L. P. 2002. Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31, 650-7.
 170. HUNTER, L. P. 2008. A hermeneutic phenomenological analysis of midwives' ways of knowing during childbirth. *Midwifery*, 24, 405-415.
 171. HUNTINGTON, A., GILMOUR, J., SCHLUTER, P., TUCKETT, A., BOGOSSIAN, F. & TURNER, C. 2009. The Internet as a research site: establishment of a web-based longitudinal study of the nursing and midwifery workforce in three countries. *J Adv Nurs*, 65, 1309-17.
 172. JACKSON, D. J., LANG, J. M., DICKINSON, C. P. & FULLERTON, J. T. 1994. Use of the nurse-midwifery clinical data set for classification of subjects in birth center research. *J Nurse Midwifery*, 39, 197-213.
 173. JÄGER, S. 1993. Wie komme ich an wissenschaftliche Literatur? Ein Wegweiser für Hebammen ; [überarbeitete und erweiterte Fassung eines Arbeitspapiers für den 2. Workshop "Hebammen Forschen", Kassel, 19. - 22. März 1992]. HGH.
 174. JENNIGES, K. & EVANS, L. 1990. Premature rupture of the membranes with routine cervical exams. *J Nurse Midwifery*, 35, 46-9.
 175. JENNY, F. B. 2005. "Sie habe 3024 Kinder gehoben"-das Thurgauische Hebammenwesen 1799 - 1869. Juris-Dr. und Verl.
 176. JONES, A., HENWOOD, F. & HART, A. 2004. Research into EPRs: how midwives really feel. *RCM Midwives*, 7, 336-9.
 177. KENNEDY, H. P. & LOWE, N. K. 2001. Science and midwifery: paradigms and paradoxes. *J Midwifery Womens Health*, 46, 91-97.
 178. KENNEDY, H. P., SCHUILING, K. D. & MURPHY, P. A. 2007. Developing midwifery knowledge: setting a research agenda. *J Midwifery Womens Health*, 52, 95-7.
 179. KENT, J. 1992. An evaluation of pre-registration midwifery education in England. Research design: a case study approach. *Midwifery*, 8, 69-75.
 180. KING, T. 2006. Guidelines for Ethical Research Collaboration across International and Culturally Diverse Communities. The Hague: International Confederation of Midwives. *J Midwifery Womens Health*, 51, 311-2.
 181. KIRKHAM, M. 1999. The culture of midwifery in the National Health Service in England. *J Adv Nurs*, 30, 732-9.
 182. KOLIP, P. 2007. Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal" - Abschlussbericht des Teilprojektes 4 des Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) und des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) "Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal" : Projektlaufzeit: 01.02.2004-31.03.2007.
 183. KURTH E & AL, E. 2010. Crying babies, tired mothers - challenges of the

- postnatal hospital stay: an interpretive phenomenological study.
184. KURTH E & AL, E. 2010. Postnatal Infant Crying and Maternal Tiredness: Examining their evolution and interaction in the first 12 weeks postpartum.
 185. KURTH, E., KENNEDY, H. P., SPICHIGER, E., HÖSLI, I. & STUTZ, E. Z. 2011. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*.
 186. KURTH, E., SPICHIGER, E., CIGNACCO, E., KENNEDY, H. P., GLANZMANN, R., SCHMID, M., STAEHELIN, K., SCHINDLER, C. & STUTZ, E. Z. 2010. Predictors of crying problems in the early postpartum period. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*.
 187. KVIST, L. J., HALL-LORD, M. L., RYDHSTROEM, H. & LARSSON, B. W. 2007. A randomised-controlled trial in Sweden of acupuncture and care interventions for the relief of inflammatory symptoms of the breast during lactation. *Midwifery*, 23, 184-95.
 188. KVIST, L. J., WILDE LARSSON, B., HALL-LORD, M. L. & RYDHSTROEM, H. 2004. Effects of acupuncture and care interventions on the outcome of inflammatory symptoms of the breast in lactating women. *Int Nurs Rev*, 51, 56-64.
 189. LAGAN, B. M. 2010. Internet-mediated research: a reflection on challenges encountered and lessons learnt. *Evidence Based Midwifery*, 8, 26-30.
 190. LANGTON, P. A. & KAMMERER, D. A. 1989. Childbearing and women's choice of nurse-midwives in Washington, D.C. hospitals. *Women Health*, 15, 49-65.
 191. LAVENDER, T. 1999. Midwifery research -- past, present and future. *MIDIRS Midwifery Digest*, 9, 166-169.
 192. LAVENDER, T., BAKER, L., SMYTH, R., COLLINS, S., SPOFFORTH, A. & DEY, P. 2005. Breastfeeding expectations versus reality: a cluster randomised controlled trial. *BJOG*, 112, 1047-53.
 193. LAVENDER, T. & WALKINSHAW, S. A. 1998. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*, 25, 215-9.
 194. LAVENDER, T., WALKINSHAW, S. A. & WALTON, I. 1999. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15, 40-6.
 195. LAZENBATT, A. 2010. Safeguarding children and public health: midwives' responsibilities. *Perspect Public Health*, 130, 118-26.
 196. LAZENBATT, A., THOMPSON-CREE, M. E. & MCMURRAY, F. 2005. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*, 21, 322-34.
 197. LEE, L. Y. & HOLROYD, E. 2009. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *Int Nurs Rev* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/534/CN-00733534/frame.html>.
 198. LEVY, V. 2006. Protective steering: a grounded theory study of the processes by which midwives facilitate informed choices during pregnancy. 1998. *J Adv Nurs*, 53, 114-22; discussion 122-4.
 199. LIN, C.-H., KUO, S.-C., LIN, K.-C. & CHANG, T.-Y. 2008. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *J Clin Nurs*, 17.

200. LOW, L. K., SENG, J. S. & MILLER, J. M. 2008. Use of the Optimality Index-United States in perinatal clinical research: a validation study. *J Midwifery Womens Health*, 53, 302-9.
201. LOYTVED, C. 2002. Hebammen und ihre Lehrer - Wendepunkte in Ausbildung und Amt Lübecker Hebammen (1730 - 1850). Univ.-Verl. Rasch.
202. LUGINA, H. I., CHRISTENSSON, K., MASSAWE, S., NYSTROM, L. & LINDMARK, G. 2001. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. *J Midwifery Womens Health*, 46.
203. LYDON-ROCHELLE, M. & ALBERS, L. 1993. Research trends in the Journal of Nurse-Midwifery 1987-1992. *J Nurse Midwifery*, 38, 343-8.
204. LYDON-ROCHELLE, M., ALBERS, L., GORWODA, J., CRAIG, E. & QUALLS, C. 1993. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth*, 20, 132-5.
205. MACARTHUR, C., WINTER, H. R., BICK, D. E., LILFORD, R. J., LANCASHIRE, R. J., KNOWLES, H., BRAUNHOLTZ, D. A., HENDERSON, C., BELFIELD, C. & GEE, H. 2003. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technol Assess* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/303/CN-00473303/frame.html>.
206. MAGNUSSON, C., FINNERTY, G. & POPE, R. 2005. Methodological triangulation in midwifery education research. *Nurse Res*, 12, 30-9.
207. MAIMBOLWA, M. C., SIKAZWE, N., YAMBA, B., DIWAN, V. & RANSJO-ARVIDSON, A. B. 2001. Views on involving a social support person during labor in Zambian maternities. *J Midwifery Womens Health*, 46, 226-34.
208. MAIR, J. 1991. Foetal life and a legal duty of care. *Aust Coll Midwives Inc J*, 4, 13-17.
209. MAKOWSKY, K. 2009. Adipositas - kein Thema rund um die Geburt? Gesundheit und Wohlbefinden in peripartalen Phasen. V&R unipress ; Univ.-Verl.
210. MAKOWSKY, K., HALVES, C., LOYTVED, C. & SCHÜCKING, B. 2009. Familienhebammen: Frühe Unterstützung - Frühe Stärkung? Wirkungsevaluation des Projektes Familienhebammen im Landkreis Osnabrück. *Geburtsh Frauenheilk*, 69, A005.
211. MARCHANT, S. 2010. Rigour and respect: aspects for consideration when undertaking and publishing research. *Midwifery*, 26, 264-7.
212. MARTIN-HIRSCH, J. & WRIGHT, G. 1998. The development of a quality model: measuring effective midwifery services (MEMS). *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 11, 50-7.
213. MATTHEWS, A., SCOTT, P. A. & GALLAGHER, P. 2009. The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery*, 25, 327-35.
214. MAYERHOFER, K., BODNER-ADLER, B., BODNER, K., RABL, M., KAIDER, A., WAGENBICHLER, P., JOURA, E. A. & HUSSLEIN, P. 2002. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/473/CN->

- 00396473/frame.html.
215. MCCALL EMMA, M., ALDERDICE, F., HALLIDAY HENRY, L., JENKINS JOHN, G. & VOHRA, S. 2010. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004210/frame.html>.
 216. MCCANDLISH, R. & RENFREW, M. 1991. Trial and tribulation. *Nurs Times* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/248/CN-00078248/frame.html>.
 217. MCCOOL, W. F., GUIDERA, M., HAKALA, S. & DELANEY, E. J. 2007. The role of litigation in midwifery practice in the United States: results from a nationwide survey of certified nurse-midwives/certified midwives. *J Midwifery Womens Health*, 52.
 218. MCCOURT, C. 2005. Research and theory for Nursing and Midwifery: Rethinking the Nature of Evidence. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2, 75-83.
 219. MCCOURT, C. & BEAKE, S. 2001. Using Midwifery Monitor to assess quality in two maternity care systems. *Pract Midwife*, 4, 23-9.
 220. MCCOURT, C., PAGE, L., HEWISON, J. & VAIL, A. 1998. Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth*, 25, 73-80.
 221. MCCREA, H. & CRUTE, V. 1991. Midwife/client relationship: midwives' perspectives. *Midwifery*, 7, 183-92.
 222. MCGUIRE, M. M., DOUGLAS, D., REID, L. & HILLAN, E. 1998. Using focus groups in midwifery research. *Pract Midwife*, 1, 54-5.
 223. MCLACHLAN H. L., FORSTER D. A., DAVEY M. A., LUMLEY J., FARRELL T., OATS J., GOLD L., WALDENSTROM U., ALBERS L. & BIRO M. A. 2008. COSMOS: COMparing Standard Maternity care with one-to-one midwifery support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 35.
 224. MCLEOD, D., BENN, C., PULLON, S., VICCARS, A., WHITE, S., COOKSON, T. & DOWELL, A. 2003. The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery*, 19, 285-97.
 225. MCLEOD, D., PULLON, S., BENN, C., COOKSON, T., DOWELL, A., VICCARS, A., WHITE, S., GREEN, R. & CROOKE, M. 2004. Can support and education for smoking cessation and reduction be provided effectively by midwives within primary maternity care? *Midwifery*, 20, 37-50.
 226. MH-HANNOVER ohne Datumsangabe. Hebammenbetreuung in der Region Hannover. In: HANNOVER, M.-. (ed.). keine Publikation vorliegend. NZL
 227. MH-HANNOVER ohne Datumsangabe. Prozessorientierte Betreuung und Wohlbefinden von Low- Risk- Gebärenden (ProGeb Studie). In: HANNOVER, M.-. (ed.). keine Publikation vorliegend. NZL
 228. MH-HANNOVER ohne Datumsangabe. Qualitätsmanagement von Geburtskliniken. In: MH-HANNOVER (ed.). keine Publikation vorliegend. NZL
 229. MH-HANNOVER ohne Datumsangabe. Sektorenübergreifende Arbeitsgruppe zum Thema Mutterpass. In: MH-HANNOVER (ed.). keine Publikation vorliegend. NZL
 230. MH-HANNOVER ohne Datumsangabe. Studie zum mütterlichen Wohlbefinden nach Frühgeburt. In: MH-HANNOVER (ed.). keine

Publikation vorliegend. NZL

231. MILLER, S., KING, T., LURIE, P. & CHOITZ, P. 1997. Certified nurse-midwife and physician collaborative practice. Piloting a survey on the Internet. *J Nurse Midwifery*, 42, 308-15.
232. MONTALTO, A., BORG, S., BUTTIGIEG-SAID, H. & CLEMMER, M. 2010. Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta. *Midwifery*, 26.
233. MORRELL, C. J., SPIBY, H., STEWART, P., WALTERS, S. & MORGAN, A. 2000. Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. *Health Technol Assess* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/572/CN-00297572/frame.html>.
234. MORTEN, A., KOHL, M., O'MAHONEY, P. & PELOSI, K. 1991. Certified nurse-midwifery care of the postpartum client. A descriptive study. *J Nurse Midwifery*, 36, 276-88.
235. MURPHY, P. A. 1998. Design and methodology in a community, practice-based research network: a study of nurse-midwifery home-birth practice. *Midwifery*, 14, 155-61.
236. MURPHY, P. A. & ALBERS, L. L. 1992. Evaluation of research studies. Part II: Observational studies. *J Nurse Midwifery*, 37, 411-3.
237. MURPHY, P. A. & FULLERTON, J. T. 2001. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *J Midwifery Womens Health*, 46, 274-84.
238. NABER, S. 1983. Access to nurse-midwives and their clients for clinical research. *J Nurse Midwifery*, 28, 33-5.
239. NAGEL-BROTZLER, A., BRONNER, J., HORNSTEIN, C. & ALBANI, C. 2005. [Mental disorders in the peripartum period--early detection and multi-professional cooperation]. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, 51-8.
240. NAGLE, C., SKOUTERIS, H., HOTCHIN, A., BRUCE, L., PATTERSON, D. & TEALE, G. 2011. Continuity of midwifery care and gestational weight gain in obese women: a randomised controlled trial. *BMC public health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/329/CN-00786329/frame.html>.
241. NENE, B. M., HIREMATH, P. S., KANE, S., FAYETTE, J. M., SHASTRI, S. S. & SANKARANARAYANAN, R. 2008. Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy by midwives for cervical intraepithelial neoplasia in Maharashtra, India. *Int J Gynaecol Obstet*, 103, 232-6.
242. NICKEL, S., GESSE, T. & MACLAREN, A. 1992. Ernestine Wiedenbach. Her professional legacy. *J Nurse Midwifery*, 37, 161-7.
243. NIXON, A. & POWER, C. 2007. Towards a framework for establishing rigour in a discourse analysis of midwifery professionalisation. *Nurs Inq*, 14, 71-9.
244. NOLAN, M. 2004. Couples' relationships and breastfeeding. *Pract Midwife*, 7, 37-9.
245. NOLTE, A. 1995. Differences between the practice of nurses and midwives. *Curationis*, 18, 49-53.
246. NYAMTEMA, A. S., URASSA, D. P., MASSAWE, S., MASSAWE, A., LINDMARK, G. & VAN ROOSMALEN, J. 2008. Partogram use in the Dar es Salaam perinatal care study. *Int J Gynaecol Obstet*, 100, 37-40.
247. NYSTEDT, A., EDVARDSSON, D. & WILLMAN, A. 2004. Epidural analgesia

- for pain relief in labour and childbirth - a review with a systematic approach. *J Clin Nurs*, 13, 455-66.
248. O'BRIEN, B. & RELYEA, M. J. 1999. Use of indigenous explanations and remedies to further understand nausea and vomiting during pregnancy. *Health Care Women Int*, 20, 49-61.
249. OKAFOR, C. 1990. Nurses, midwives and health research. *World Health Forum*, 11, 98-101.
250. PAGE, L., MCCOURT, C., BEAKE, S., VAIL, A. & HEWISON, J. 1999. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *Journal of public health medicine* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/467/CN-00168467/frame.html>.
251. PAINE, L. L. & GREENER, D. L. 1989. Nurse-midwives speak out on research. Results of the 1987-88 needs assessment survey, Part 2. *J Nurse Midwifery*, 34, 66-70.
252. PARRATT, J. A. & FAHY, K. M. 2011. A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. *Midwifery*, 27.
253. PARSONS, M. 2001. Policy or tradition: oral intake in labour. *Aust J Midwifery*, 14.
254. PERKINS, E. R. 1985. Getting involved in research. *Midwives Chron*, 98, 227-30.
255. PRICE, A. & PRICE, B. 1996. Critical reading. *Mod Midwife*, 6, 26-9.
256. PRICE, A. & PRICE, B. 1997. Reading research papers. *Mod Midwife*, 7, 28-31.
257. QUINLIVAN, J. A., BOX, H. & EVANS, S. F. 2003. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *Lancet* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/071/CN-00423071/frame.html>.
258. RÄISÄNEN, S., VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. & HEINONEN, S. 2010. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*, 26.
259. RAISLER, J. 2000. Midwifery care research: what questions are being asked? What lessons have been learned? *J Midwifery Womens Health*, 45, 20-36.
260. RATCLIFFE, J., RYAN, M. & TUCKER, J. 1996. The costs of alternative types of routine antenatal care for low-risk women: shared care vs care by general practitioners and community midwives. *J Health Serv Res Policy*, 1, 135-40.
261. REDWOOD, R. 1999. Caring control: methodological issues in a discourse analysis of waterbirth texts. *J Adv Nurs*, 29, 914-21.
262. REES, C. 2001. Midwifery research: the challenge of the future. *Practising Midwife*, 4, 23-25.
263. REES, C. 2003. *An introduction to research for midwives*, London, England, Elsevier Science Limited Books for Midwives.
264. REGAN, R. E. & LYDON-ROCHELLE, M. T. 1995. Effectiveness of postpartum education received by certified nurse-midwives' clients at a university hospital. *J Nurse Midwifery*, 40, 31-5.
265. REID, J., O'REILLY, R., BEALE, B., GILLIES, D. & CONNELL, T. 2007. Research priorities of NSW midwives. *Women Birth*, 20, 57-63.
266. REIME, B., SCHUCKING, B. & WENZLAFF, P. 2008. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared

- to adolescents' first pregnancies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 4.
267. RENFREW, M. J., RAISLER, J., KENNEDY, H. & MUDOKWENYU-RAWDON, C. 2003. Conducting international research in midwifery: a workshop held at the ICM Congress, Vienna, April 2002. *Midwifery*, 19, 170-3.
 268. RICHMOND, H. 2003. Women's experience of waterbirth. *Pract Midwife*, 6.
 269. ROBERTSON, H. 1995. Poor knowledge and misunderstandings: perinatal data validity and work place change in midwifery. *Int J Qual Health Care*, 7, 391-7.
 270. ROBERTSON, H., LUMLEY, J. & BERG, S. 1995. How midwives identify women as aboriginal or Torres Strait Islanders. *Aust Coll Midwives Inc J*, 8, 26-9.
 271. ROBINSON, S. 1993. Combining work with caring for children, findings from a longitudinal study of midwives' careers. *Midwifery*, 9.
 272. ROGAN, F., SHMIED, V., BARCLAY, L., EVERITT, L. & WYLLIE, A. 1997. "Becoming a mother"-developing a new theory of early motherhood. *J Adv Nurs*, 25, 877-85.
 273. ROOKS, J. P., WEATHERBY, N. L. & ERNST, E. K. 1992. The National Birth Center Study. Part I - Methodology and prenatal care and referrals. *J Nurse Midwifery*, 37, 222-53.
 274. ROTHWELL, H. 1998. A beginner's picture of research (I). *Pract Midwife*, 1, 19-21.
 275. ROTHWELL, H. 1998. A beginner's picture of research (II). Research methods: no short cuts. *Pract Midwife*, 1, 16-8.
 276. ROTHWELL, H. 1999. A beginner's picture of research (III). The end of the beginning. *Pract Midwife*, 2, 35-7.
 277. ROTHWELL, H. 1999. A beginner's picture of research (IV). Experimental research methods. *Pract Midwife*, 2, 32-5.
 278. ROWAN, C. J., MCCOURT, C. & BEAKE, S. 2008. Problem based learning in midwifery--the students' perspective. *Nurse Educ Today*, 28, 93-9.
 279. RYDER, I. H. 1999. Prenatal screening for Down syndrome: a dilemma for the unsupported midwife? *Midwifery*, 15, 16-23.
 280. SANDIN BOJO, A. K., HALL-LORD, M. L., AXELSSON, O., UDEN, G. & WILDE LARSSON, B. 2004. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *J Clin Nurs*, 13, 75-83.
 281. SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2007. *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland*, Bern ,Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber Verlag.
 282. SAYN-WITTGENSTEIN , F. Z. 2005. Der Verbund Hebammenforschung. *Pflege & Gesellschaft*.
 283. SCARABOTTO, L. B. & RIESCO, M. L. 2008. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. *J Midwifery Womens Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/377/CN-00649377/frame.html>.
 284. SCHLÖMER, G., GROSS, M. & MEYER, G. 2003. Effektivität der liberalen vs. der restriktiven Episiotomie bei vaginaler Geburt hinsichtlich der Vermeidung von Harn- und Stuhlinkontinenz: eine systematische Übersicht. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*.

285. SCHMID-SIEGERT, M. & THIELE, W. 1986. Sozialwissenschaftliche Begleituntersuchung "Familien-Hebammen an Krankenhäusern" - Abschlußbericht. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit.
286. SCHÜCKING, B. 2008. Verbundprojekt "Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal" - Abschlussbericht des Teilprojektes 3 der Universität Osnabrück "Handlungsleitlinien bei medizinischen Interventionen" ; Projektlaufzeit: 01.02.2004 - 31.12.2007.
287. SCHUILING, K. D. & SAMPSELLE, C. M. 1999. Comfort in labor and midwifery art. *Image J Nurs Sch*, 31, 77-81.
288. SCUPHOLME, A., DEJOSEPH, J. F., ALBERS, L., CARR, C. A., JOHNSON, P., SUMMERS, L. & WALSH, L. 1995. Evaluation survey of the ACNM division of research 1994. *J Nurse Midwifery*, 40, 366-70.
289. SEVERINSSON, E., HARUNA, M. & FRIBERG, F. 2010. Midwives' group supervision and the influence of their continuity of care model - a pilot study. *J Nurs Manag*, 18, 400-408.
290. SHEPHERD, A. J., GLENESK, A., NIVEN, C. A. & MACKENZIE, J. 2006. A Scottish study of heel-prick blood sampling in newborn babies. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/891/CN-00561891/frame.html>.
291. SHIELDS, N., TURNBULL, D., REID, M., HOLMES, A., MCGINLEY, M. & SMITH, L. N. 1998. Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/636/CN-00164636/frame.html>.
292. SINCLAIR, M., GODFREY, E. & RATNAIKE, D. 2006. Making research count. *RCM Midwives*, 9, 442-3.
293. SINCLAIR, M. & O'BOYLE, C. 1999. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *J Adv Nurs*, 30, 1416-23.
294. SINIVAARA, M., SUOMINEN, T., ROUTASALO, P. & HUPLI, M. 2004. How delivery ward staff exercise power over women in communication. *J Adv Nurs*, 46, 33-41.
295. SKINNER, V., AGHO, K., LEE-WHITE, T. & HARRIS, J. 2007. The development of a tool to assess levels of stress and burnout. *Aust J Adv Nurs*, 24, 8-13.
296. SLEEP, J. 1992. Research and the practice of midwifery. *J Adv Nurs*, 17, 1465-71.
297. SMITH, E., ROSS, F. M., MACKENZIE, A. & MASTERSON, A. 2005. Developing a service-user framework to shape priorities for nursing and midwifery research... including commentary by Scott EVC. *Journal of Research in Nursing*, 10, 107-120.
298. SMYTH REBECCA, M. D., ALLDRED, S. K. & MARKHAM, C. 2007. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006167/frame.html>.

299. SOLTANI, H. 2002. Midwifery research: the past, present and future. *RCM Midwives*, 5, 384-8.
300. STADLOBER-DEGWERTH, M. 2008. (Un)Heimliche Niederkunften- Geburtshilfe zwischen Hebammenkunst und medizinischer Wissenschaft. Böhlau.
301. STAMP, G. E. & KRUZINS, G. S. 2001. A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. *Aust J Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/735/CN-00558735/frame.html>.
302. STEELE, A. M. & BEADLE, M. 2003. A survey of postnatal debriefing. *J Adv Nurs*, 43, 130-6.
303. SURTEES, R. 2008. 'Inductions of labour': on becoming an experienced midwifery practitioner in Aotearoa/New Zealand. *Nurs Inq*, 15, 11-20.
304. SYMON, A. 2000. Litigation and changes in professional behaviour: a qualitative appraisal. *Midwifery*. 2001/01/05 ed.
305. THERON, G. B. 1999. Effect of the maternal care manual of the perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograms. *J Perinatol* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/340/CN-00275340/frame.html>.
306. THOMPSON, J. E. 1986. Nurse-midwifery care: 1925 to 1984. *Annu Rev Nurs Res*, 4, 153-73.
307. THOMPSON, J. E., OAKLEY, D., BURKE, M., JAY, S. & CONKLIN, M. 1989. Theory building in nurse-midwifery. The care process. *J Nurse Midwifery*, 34, 120-30.
308. THOMPSON, J. F., ROBERTS, C. L., CURRIE, M. J. & ELLWOOD, D. A. 2000. Early discharge and postnatal depression: a prospective cohort study. *Med J Aust*, 172, 532-6.
309. TOWNSEND, J., WOLKE, D., HAYES, J., DAVE, S., ROGERS, C., BLOOMFIELD, L., QUIST-THERSON, E., TOMLIN, M. & MESSER, D. 2004. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess*, 8, iii-iv, ix-xi, 1-100.
310. TURNBULL, D., HOLMES, A., SHIELDS, N., CHEYNE, H., TWADDLE, S., GILMOUR, W. H., MCGINLEY, M., REID, M., JOHNSTONE, I., GEER, I., MCILWAINE, G. & LUNAN, C. B. 1996. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *Lancet*, 348, 213-8.
311. TURNER, C., BAIN, C., SCHLUTER, P. J., YORKSTON, E., BOGOSSIAN, F., MCCLURE, R. & HUNTINGTON, A. 2009. Cohort Profile: The Nurses and Midwives e-Cohort Study--a novel electronic longitudinal study. *Int J Epidemiol*, 38, 53-60.
312. VAN TEIJLINGEN, E. & CHEYNE, H. 2004. Ethics in midwifery research. *RCM Midwives*, 7, 208-10.
313. VAN TEIJLINGEN, E. & IRELAND, J. 2003. Research interviews in midwifery. *RCM Midwives*, 6, 260-3.
314. VAN TEIJLINGEN, E., SANDALL, J., WREDE, S., BENOIT, C., DEVRIES, R. & BOURGEAULT, I. 2003. Comparative studies in maternity care. *RCM Midwives*, 6, 338-40.

315. VAN TEIJLINGEN, E., SIMKHADAZ, P. & IRELAND, J. 2010. Lessons learnt from undertaking maternity care research in developing countries. *Evidence Based Midwifery*, 8, 12-16.
316. VOIGT, M., SCHNEIDER, K. T. M., FUSCH, C., HESSE, V., RÖHL, S., HELMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2004. 7. Mitteilung: Normwerte der Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (Analyse des Schwangerenkollektivs der Jahre 1995 - 1997 der Bundesrepublik Deutschland). *Geburtsh Frauenheilk*, 64, 53,58.
317. WALDENSTROM, U. 1998. Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 14, 207-13.
318. WALDENSTROM, U., BROWN, S., MCLACHLAN, H., FORSTER, D. & BRENNECKE, S. 2000. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27, 156-67.
319. WALDENSTROM, U., MCLACHLAN, H., FORSTER, D., BRENNECKE, S. & BROWN, S. 2001. Team midwife care: maternal and infant outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 41, 257-64.
320. WALDENSTROM, U. & NILSSON, C. A. 1997. A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24, 17-26.
321. WALKER, P. H. & STONE, P. W. 1996. Exploring cost and quality: community-based versus traditional hospital delivery systems. *J Health Care Finance*, 23, 23-47.
322. WALLACE, L. M., DUNN, O. M., ALDER, E. M., INCH, S., HILLS, R. K. & LAW, S. M. 2006. A randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/097/CN-00570097/frame.html>.
323. WALSH, R. A., REDMAN, S., BYRNE, J. M., MELMETH, A. & BRINSMEAD, M. W. 2000. Process measures in an antenatal smoking cessation trial: another part of the picture. *Health education research* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/170/CN-00319170/frame.html>.
324. WAY, S. 2011. The combined use of diaries and interviewing for the collection of data in midwifery research. *Evidence Based Midwifery*, 9, 66-70.
325. WHO STUDYGROUP 1994. Nursing beyond the year 2000. Report of a WHO Study Group. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 842, 1-21.
326. WIDMARK, C., TISHELMAN, C., LUNDGREN, E. L., FORSS, A., SACHS, L. & TORNBERG, S. 1998. Opportunities and burdens for nurse-midwives working in primary health care. An example from population-based cervical cancer screening in urban Sweden. *J Nurse Midwifery*, 43, 530-40.
327. WIEGERS, T. A. & HUKKELHOVEN, C. W. P. M. 2010. The role of hospital midwives in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10.
328. WILLIAMS, C. & LARKIN, M. 2000. Midwives in research. Identifying and overcoming problems. *Pract Midwife*, 3, 34-6.
329. WILSON, S. M. 2000. An ethnography of midwifery work patterns during organisational redesign. *Aust Health Rev*, 23, 22-33.
330. WOLKE, D., DAVE, S., HAYES, J., TOWNSEND, J. & TOMLIN, M. 2002. A randomised controlled trial of maternal satisfaction with the routine

- examination of the newborn baby at three months post birth. *Midwifery*, 18, 145-54.
331. WOODS, A., COLLIER, J., KENDRICK, D., WATTS, K., DEWEY, M. & ILLINGWORTH, R. 2004. Injury prevention training: a cluster randomised controlled trial assessing its effect on the knowledge, attitudes, and practices of midwives and health visitors. *Inj Prev*, 10, 83-7.
332. WOODWARD, V. 2000. Caring for women: the potential contribution of formal theory to midwifery practice. *Midwifery*, 16, 68-75.
333. WRAY, J. 2004. Making sense of research. *Pract Midwife*, 7, 32-3.
334. ZOEGE, M. 1993. Hebammenprojekt Emsland. *Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung ; Verbesserung der Schwangerenvorsorge, der Betreuung von Mutter und Kind im ländlichen Raum während der Wochenbettphase und darüber hinaus bis zum Ende der Stillperiode*. Inst. für Entwicklungsplanung und Strukturforschung an der Univ., Bibliothek.
335. ZOEGE, M. 2004. *Die Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*, Huber.
336. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2009. Evaluation und Bestandesaufnahme Wöchnerinnen in der Schweiz. NZL
337. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2009. Statistik Leistungen frei praktizierender Hebammen 2009. NZL
338. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2010. Online Tool zur Erfassung der Leistungen frei praktizierender Hebammen. NZL
339. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2011. Entscheidungsprozesse bei Komplikationen während Haus- und Geburtshausgeburten. NZL
340. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2011. Kaiserschnittgeburten: Häufigkeit, Gründe und Konsequenzen. NZL
341. ZÜRCHER HOCHSCHULE ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN 2011. Statistik Leistungen frei praktizierender Hebammen 2010. NZL

13.3. Ausgeschlossene Literatur (948)

Unbekannte Autoren

1. 1970. Clinical trials of different concentrations of oxygen and nitrous oxide for obstetric analgesia. Report to the Medical Research Council of the Committee on Nitrous Oxide and Oxygen Analgesia in Midwifery. *Br Med J*, 1, 709-13.
2. 1977. Predicting child abuse. *Br Med J*, 1, 1349-50.
3. 1979. Major study adopted: RNABC moves on midwifery. *RNABC News*, 11, 20-1.
4. 1980. The use of nurse-midwives to reduce the atrocious infant morbidity and mortality rates of the poor. *Health Law Proj Libr Bull*, 5, 320, 348.
5. 1989. Prenatal care: a comparative evaluation of nurse-midwives and family physicians. *CMAJ*, 140, 107, 110-1.
6. 1991. NCT questionnaire. *Midwives Chron*, 104, 146-7.
7. 1991. Prevention in perinatal nursing. *Birth Defects Orig Artic Ser*, 27, 1-108.
8. 1993. International Code of Ethics for Midwives. *Jordemodern*, 106.
9. 1993. Strategic thinking. The Royal College of Nursing Research Advisory Group. *Nurs Stand*. 1993/06/09 ed.
10. 1996. *The art and science of midwifery gives birth to a better future 26 - 30 May 1996*, Oslo, International Confederation of Midwives.
11. 1996. Poster session V. *Am J Obstet Gynecol*, 174, 461-492.
12. 1997. Practice profile of members of the American College of Nurse-Midwives. Findings of a direct mail survey. *J Nurse Midwifery*, 42, 355-63.
13. 1998. Poster session II: Antepartum Fetal Testing Operative Obstetrics Doppler Placental Physiology. *Am J Obstet Gynecol*, 178, S67-S101.
14. 1999. Poster session IV: Friday, February 22, 1999 3:30 pm – 5:30 pm. *Am J Obstet Gynecol*, 180, S123-S152.
15. 2001. From the editor. *MIDIRS Midwifery Digest*, 11, 439-440.
16. 2001. Lieblingsmusik wirkt wie eine Liebesnacht. Parodontose durch frühes Rauchen. Geburtshilfe gehört in die Hand von Hebammen. Großes Hebammen-Verzeichnis Alzheimer-Forscher: Protein blockiert Hirnsignale. Krankheitskosten steuerlich absetzen. Plötzlicher Kindstod: zuviel Wärme in der Nacht gefährlich. Neuer Ratgeber: Ehe ohne Trauschein. Johanniskraut nach Alkoholentzug. Kinder liebevoll durch Krankheiten begleiten. Erstes Montessori-Gymnasium in Bayern. Erst schwarzes Haar, nun rotes Gesicht. Heilwirkungen des Knoblauchs dokumentiert. *Natur&Heilen*.
17. 2001. Malaria in der Schwangerschaft. Dr. Martina Bongartz erläutert den Stand der Malariaforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
18. 2001. Poster session III. *Am J Obstet Gynecol*, 184, S97-S127.
19. 2001. Recognizing nursing's independent license: prescriptive authority for APNs. *Mich Nurse*, 74, suppl 13-4.
20. 2003. Parkland performs: advanced practice nurses as clinicians, administrators and leaders. *Excellence in Clinical Practice*, 4, 3-5.
21. 2004. Daten und Fakten für die Praxis. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 10-11.
22. 2004. Pflege- und Hebammenforschung wird ministeriell gefördert. *Brennpunkt Gesundheit*.
23. 2005. Bundesbildungsministerium fördert Pflege- und Hebammenforschung an

- der Fachhochschule Osnabrück. *Pflegekompetenz, Ethik, Persönlichkeit*.
24. 2006. Childbirth: more women choosing midwives. *Nursing*, 36, 35-35.
25. 2007. *Saving mothers' lives - reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2003-2005*, CEMACH.
26. 2008. Fernstudium in Midwifery. Beate Ramsayer, Dr. Mechthild M. Groß und Prof. Dr. Valerie Fleming zeigen auf, wie Hebammen durch ein Fernstudium in Midwifery an der Glasgow Caledonian Universität in Schottland einen Bachelor- oder Masterabschluss erlangen können. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
27. 2008. Hebammenkunde studieren. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
28. 2008.11.25. Hebammen im Hörsaal. Geburtshilfe als neuer Studiengang an der Fachhochschule. *Osnabrücker Zeitung (OZ)*, S. 14.
29. 2009. *Emotions in midwifery and reproduction*, Palgrave Macmillan.
30. 2009. Labor and delivery. *Journal of Perinatal Medicine*, 37, 655-721.
31. 2009. Unions set up joint research academy. *Independent Nurse*, 11-11.
32. 2010. Evidence based midwifery - applications in context. Wiley-Blackwell.

Autoren in alphabetischer Reihenfolge

33. AARONSON, L. S. 1987. Nurse-midwives and obstetricians: alternative models of care and client "fit". *Res Nurs Health*, 10, 217-26.
34. ACHNER, H. 2009. Ärzte in der Antike. von Zabern.
35. ALEXANDER, J. 1996. Debriefing and the prevention of post traumatic stress disorder in postnatal women. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
36. ALLOTEY, J. 1996. The use of the ischial spines to determine descent of the fetus ... a hazardous practice? In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
37. AMENT, L. A. 1994. Anticardiolipin antibodies. A review of the literature. *J Nurse Midwifery*, 39, 19-24.
38. ANDERSON, C. Proposal for an international midwifery ICM 24th Triennale Congress, 1996 Oslo.
39. ANDERSON, G. 2002. Examining the extent to which Swanson's theory of caring and Carper's ways of knowing can be identified in the process of midwife-led care. *RCM Midwives*, 5, 340-4.
40. ANDERSON, T. 2001. A survey of the influence of patients' choice on the increase in the caesarean section rate: commentary. *MIDIRS Midwifery Digest*.
41. ANDERSSON, C. 1990. [A great maternity hospital with individualized care and documentation via a care plan for every mother/child. Where? Karlstad BB]. *Jordemodern*, 103, 386-90.
42. ANDREWS, C. M. 1996. Women for women's health: Uganda. *Nurs Outlook*, 44, 141-5.
43. ANDREWS, C. M. & DAVIS, C. E. 1993. Nurse-midwifery education. *Annu Rev Nurs Res*, 11, 185-202.
44. ANDREWS, S. 1988. Coping with the sexual health interview. *J Nurse Midwifery*, 33, 269-73.
45. ANGELINI, D. J. 2000. Obstetric triage and advanced practice nursing. *J*

- Perinat Neonatal Nurs*, 13, 1-12.
46. ANTHONY, S., BUITENDIJK, S. E., OFFERHAUS, P. M., DOMMELEN, P. & PAL-DE BRUIN, K. M. 2005. Maternal factors and the probability of a planned home birth. *BJOG*, 112, 748-53.
 47. ARABIN, B., RAUM, E., MOHNHAUPT, A. & SCHWARTZ, F. W. 1999. Two types of health care systems and their influence on the introduction of perinatal care: an epidemiological twin model in Berlin from 1950 to 1990. *Matern Child Health J*, 3, 81-91.
 48. ARBON, P., ZEITZ, K., RANSE, J., WREN, H., ELLIOTT, R. & DRISCOLL, K. 2008. The reality of multiple casualty triage: putting triage theory into practice at the scene of multiple casualty vehicular accidents. *Emerg Med J*, 25, 230-4.
 49. ASHCROFT, J. 1992. Rising to the challenge. Scope of practice. *Nurs Times*, 88, 30.
 50. ATTARD MONTALTO, S., BORG, H., BUTTIGIEG-SAID, M. & CLEMMER, E. J. Incorrect advice: the most significant negative determinant on breast feeding in Malta.
 51. AUNG PHYU, P., MAXWELL, H., JEPSON RUTH, G., PRICE, J. & LENG GILLIAN, C. 2007. Lipid-lowering for peripheral arterial disease of the lower limb. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000123/frame.html>.
 52. AVERBECK-HOLOCHER, M. 2002. Die Eltern-Säugling-Beziehung - ein stör anfälliges System. Dr. stellt ein Therapiekonzept vor das auf den neusten Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung basiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 53. AVERY, M. D. 2000. Diabetes in pregnancy: the midwifery role in management. *J Midwifery Womens Health*, 45, 472-80.
 54. AVERY, M. D. 2005. The history and evolution of the Core Competencies for basic midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*, 50, 102-7.
 55. AVERY, M. D., COHEN, B. A. & WALKER, J. D. 2008. Evaluation of an online graduate nursing curriculum: examining standards of quality. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 5, Article 44.
 56. AVERY, M. D. & ROSSI, M. A. 1994. Gestational diabetes. *J Nurse Midwifery*, 39, 9S-19S.
 57. AYERLE, G. 2008. Low-risk Geburtsverläufe im klinischen und ausserklinischen Kontext. *Schweizer Hebamme*.
 58. AYERLE, G. M., HECKER, H., FRÖMKE, C., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2008. Zusammenhänge zwischen Anwesenheit der Hebamme, Interventionen und dem Outcome der Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol*.
 59. BACCHU, L., MEZEY, G. & BEWLEY, S. 2002. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG*, 109, 9-16.
 60. BAILLIE, H. & BROADLEY, A. 1997. Developing a skills-based study programme. *Nurs Stand*, 11, 46-8.
 61. BANG, A. T., BANG, R. A., BAITULE, S. B., REDDY, H. M. & DESHMUKH, M. D. 2005. Management of birth asphyxia in home deliveries in rural Gadchiroli: the effect of two types of birth attendants and of resuscitating with mouth-to-mouth, tube-mask or bag-mask (Structured abstract). *Journal of Perinatology* [Online]. Available:

- <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22005000664/frame.html>.
62. BARNARD, A. G. & SINCLAIR, M. 2006. Spectators & spectacles: nurses, midwives and visuality. *J Adv Nurs*, 55, 578-86.
 63. BARTON, E. 1998. Maternal and child health in the 1950s and 1960s. *World Health Forum*, 19, 436-40.
 64. BASTANI, F., HIDARNIA, A., MONTGOMERY, K. S., AGUILAR-VAFAEI, M. E. & KAZEMNEJAD, A. 2006. Does relaxation education in anxious primigravid Iranian women influence adverse pregnancy outcomes?: a randomized controlled trial. *J Perinat Neonatal Nurs*, 20, 138-46.
 65. BATTERSBY, S. & THOMSON, A. M. 1997. Community midwives' and general practitioners' perspectives, of antenatal care in the community. *Midwifery*, 13, 92-9.
 66. BAUER, N., SAYN- WITTGENSTEIN, F. ZU 2005. "Gesundheitsförderung im Geburtsprozess"- Der Verbund Hebammenforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 8, 55-58.
 67. BAUER, N. 2009. The First Midwife-led Unit in Germany – Outcomes of a Clinical Trial Comparing Midwife-led Care and Obstetrician-managed Care for Low-risk Women. . *Normal Labour and Birth: 4th Research Conference Normalising Childbirth through Authentic Collaboration*. Grange Over Sands, Cumbria, UK.
 68. BAUER, N. 2009. Outcomes of a clinical trial comparing midwife-led care and obstetrician-managed care for low-risk women in Germany. . *9th World Congress of Perinatal Medicine 24.-28. Oktober 2009*. Berlin: Journal of Perinatal Medicine.
 69. BAUER, N., KEHRBACH, A. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2006. Exploring a new concept of clinical midwifery care in Germany. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
 70. BAUER, N., PALM, R. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2006. Harninkontinenz-(k)ein Tabu? *Hebammenforum* 7, 536-539.
 71. BAUER, N. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Hebammenkreißsaal: Natürliche Geburt in sicherer Umgebung. *Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.)*.
 72. BAUER, N., SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. & SCHÄFERS, R. 2007. Comparison of midwife- led care and obstetrician- managed care for low-risk women in Germany. *Journal of Perinatal Medicine* 35, 115-116.
 73. BAUER, N., SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. & SCHÄFERS, R. 2007. Women's views on intrapartum care in Germany. *Journal of Perinatal Medicine*, 35, 173.
 74. BAUER, N., SAYN-WITTGENSTEIN, F. & SCHÄFERS, R. 2007. Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal - Einbezug der Frauen in Entscheidungsprozesse während der Geburt und die Bedeutung des Reflektionsgespräches nach der Geburt. *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_10.
 75. BAUER, N. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Das Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *AKF-Info* 10/2009, S. 10-11.
 76. BAUER, N. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. The German multicenter trial midwife-led unit. *9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28. Oktober 2009*,. Berlin: Journal of Perinatal Medicine.
 77. BAUER, N. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Which Concepts of Care for

- Childbearing Women Help to Promote Normality in Birth? Aspects of the German Multi-centre Study Midwife-led Care. . *Normal Labour and Birth: 4th Research Conference Normalising Childbirth through Authentic Collaboration Collated Abstracts*, 10.-12.Juni 2009, . Grange Over Sands, Cumbria, UK,.
78. BAUER, N., SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & SCHAEFERS, R. 2008. Women's views on intrapartum care in Germany. *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress*, 1.-5.6.2008. Glasgow: Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer. .
79. BAUER, N. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. H. 2007. Handbuch Hebammenkreißsaal - von der Idee zur Umsetzung. Verb. Hebammenforschung, Fachhochsch., Fak. Wirtschafts- und Sozialwiss.
80. BAUER, N. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2005. Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. Nicola Bauer, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein über ein Osnabrücker Forschungsprojekt zum Hebammenkreißsaal. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
81. BAUER, N. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2006. Hebammenkreißsaal: Besonderheiten eines randomisiert, kontrollierten Studiendesigns. *Hebamme*, 19, 107,109.
82. BAUER, N., ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. & SCHAEFERS, R. 2007. Der erste Hebammenkreißsaal in Deutschland - Ergebnisse einer Interventionsstudie zum Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, FV_07_01.
83. BAUER, N., ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. & SCHAEFERS, R. 2007. Was wollen Frauen? Sicht der Frauen auf die Geburtsbetreuung in zwei unterschiedlichen Versorgungskonzepten - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, PO_02_02.
84. BAUER, N. H. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2008. Sicht der Frauen auf die Betreuung während der Geburt in zwei unterschiedlichen Versorgungskonzepten - Ergebnisse der Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, PO_Gyn_04_09.
85. BAUER, N. H. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2009. „Habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt. Meine Fragen wurden jederzeit beantwortet.“- Nutzerinnenorientierung in der Geburtshilfe-Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_H_04_01.
86. BAUMGARTEN, K. 2010. Hebammenkunde grundständig in Bochum studieren. Katja Baumgarten hat nachgefragt. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
87. BEAMER, L. C. 2001. Fetal nuchal translucency: a prenatal screening tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 30, 376-85.
88. BEHRENS, J. 2004. [Nursing research receives urgent impulses]. *Kinderkrankenschwester*, 23, 161.
89. BEITTEL, H. 1996. From delivery to birthing from hierarchy to partnership. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
90. BELDON, A. & CROZIER, S. 2005. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. *J R Soc Promot Health*, 125, 216-20.
91. BENIKOS, E. & KOURI, N. 2004. Liebeshormon oder Rückbildungshelfer?

- Elisabeth Benikos und Nadir Kouri haben über die Wirkungen des Hormons Oxytocin recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
92. BERGEN, A. & WHILE, A. 2000. A case for case studies: exploring the use of case study design in community nursing research. *J Adv Nurs*, 31, 926-34.
 93. BERGER, C. & SCHÜCKING, B. 2011. Welchen Einfluss hat der Migrationshintergrund auf das geburtshilfliche Outcome? *Hebamme*, 24, 116,119.
 94. BERGER, C., SCHÜCKING, B. & WENZLAFF, P. 2010. Soziale Aspekte der Frühgeburtlichkeit und Migration Sekundäranalyse der Niedersächsischen Perinatalerhebungen 2001-2008. *Gesundheitswesen*, 72, P245.
 95. BERGMAN, R. 1980. Extending health care through the utilization of nursing/midwifery personnel. *Int Nurs Rev*, 27, 53-8.
 96. BERGMAN, R. 1994. The birthplace boom. Midwives and birth centers deliver on good outcomes, lower costs. *Hosp Health Netw*, 68, 46, 48.
 97. BERGSTERMANN, K. 2010. Karin Bergstermann hat zum Umgang mit dem Babyschlaf vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis heute recherchiert. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
 98. BERNARD, H. 2008. Geburtsvorbereitung - Kurskonzepte zum Kombinieren. Hippokrates-Verl.
 99. BERNITZ, S., ROLLAND, R., BLIX, E., JACOBSEN, M., SJOBORG, K. & OIAN, P. 2011. Is the operative delivery rate in low-risk women dependent on the level of birth care? A randomised controlled trial.
 100. BERRY, H. 1994. Postnatal placement of breast-feeding mothers. *Midwives Chron* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/883/CN-00106883/frame.html>.
 101. BHUTTA, Z. A., SOOFI, S., COUSENS, S., MOHAMMAD, S., MEMON, Z. A., ALI, I., FEROE, A., RAZA, F., KHAN, A., WALL, S. & MARTINES, J. 2011. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet*, 377, 403-12.
 102. BIBB, B. N. 1979. The effectiveness of non-physicians as providers of family planning services. *JOGN Nurs*, 8, 137-43.
 103. BICK, D. 2009. Interventions to increase breast-feeding uptake and duration: time to think again? *Midwifery*, 25.
 104. BICK, D. & MAC ARTHUR, C. 1996. Woman's long-term health after childbirth. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 105. BIRD, A., WALLIS, M. & CHABOYER, W. 2009. Registered nurses' and midwives' knowledge of epidural analgesia. *Collegian*, 16, 193-200.
 106. BLACKMORE, E. R., CARROLL, J., REID, A., BIRINGER, A., GLAZIER, R. H., MIDMER, D., PERMAUL, J. A. & STEWART, D. E. 2006. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/284/CN-00586284/frame.html>.
 107. BLACKWOOD, B. 2006. Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions. *J Adv Nurs*, 54, 612-22.
 108. BLACKWOOD, B., ALDERDICE, F., BURNS KAREN, E. A., CARDWELL CHRIS, R., LAVERY, G. & O'HALLORAN, P. 2010. Protocolized versus

- non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006904/frame.html>.
109. BLAIS, R. & JOUBERT, P. 2000. Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: an overview. L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. *Can J Public Health*, 91, 11-4.
 110. BLEYER, J. R. 2008. Wunschkaiserschnitt - ein unscharfer Begriff. Julia R. Bleyer hat in einem Internetforum recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 111. BLOOM, K. C. & EWING, C. A. 2001. Group B streptococcal (GBS) disease screening and treatment during pregnancy: nurse-midwives' consistency with 1996 CDC recommendations. *J Midwifery Womens Health*, 46, 17-23.
 112. BOEKELHEIDE, P. D. & REGENIE, S. J. 1975. The nurse-midwife in the college health sexuality setting. *J Am Coll Health Assoc*, 24, 1-3.
 113. BOGOSSIAN, F. 1998. A review of midwifery legislation in Australia--history, current state & future directions. *Aust Coll Midwives Inc J*, 11, 24-31.
 114. BONE, D. 2009. Epidurals not emotions: the care deficit in US maternity care. In: HUNTER B, D. R. E. (ed.) *Emotions in midwifery and reproduction*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
 115. BONGARTZ, M. 2001. Malaria in der Schwangerschaft. Stand der Malariaforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 116. BOONE, P., MANN, V., EBLE, A., MENDIRATTA, T., MUKHERJEE, R., FIGUEIREDO, R., JAYANTY, C., FROST, C., PADMANABH, M. R. & ELBOURNE, D. 2007. Community health and medical provision: impact on neonates (the CHAMPION trial). *BMC Pediatr* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/717/CN-00700717/frame.html>.
 117. BOORE, J. R. 1996. Postgraduate education in nursing: a case study. *J Adv Nurs*, 23, 620-9.
 118. BOOTH, J., HUTCHISON, C., BEECH, C. & ROBERTSON, K. 2006. New nursing roles: the experience of Scotland's consultant nurse/midwives. *J Nurs Manag*, 14, 83-9.
 119. BOOTH, J., TOLSON, D., HOTCHKISS, R. & SCHOFIELD, I. 2007. Using action research to construct national evidence-based nursing care guidance for gerontological nursing. *J Clin Nurs*, 16, 945-53.
 120. BOOTH, J. W. 2007. An update on vicarious liability for certified nurse-midwives/certified midwives. *J Midwifery Womens Health*, 52, 153-7.
 121. BORCHERT, P. 2008. Die Hebammenausbildung in Europa. *HEBAMMENinfo*, 3, S. 41-43.
 122. BORRMANN, B. 2003. Salutogenetische Einflussfaktoren im Geburtsverlauf aus Muttersicht. In: NEISES M, B. S., DOHNKE H, FALCK H-R, KAUFFELS W, SCHMIDT-OTT G, SCHWERDTFEGER J, WALTER H (ed.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
 123. BORRMANN, B. (ed.) 2003. *Salutogenetische Einflussfaktoren im Geburtsverlauf aus Muttersicht*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
 124. BORRMANN, B. 2005. Mehr Milch durch Bier? Brigitte Borrmann analysiert die Effekte von Alkohol für die Milchbildung. *Deutsche*

- Hebammenzeitschrift*, -.
125. BORRMANN, B. 2006. Mütter schützen und stärken, damit Kinder gesund bleiben. *Hebammenforum* 8, 629-631.
 126. BORRMANN, B. 2007. Jod, Eisen, Folsäure - Evidenzbasiertes Wissen und praktische Tipps. *Hebammenforum* 10.
 127. BORRMANN, B. & SCHÜCKING, B. 2003. Beschwerdebild und SOC-Score von Frauen nach der Geburt. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, PO_11_10.
 128. BORRMANN, B. & SCHÜCKING, B. 2003. Langlebigkeit spätgebärender Mütter. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
 129. BORRMANN, B. & SCHÜCKING, B. 2006. Effects of Breastfeeding on Somatic Complaints and SOC Score of Mothers. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
 130. BORRMANN, B. & WEYLAND, U. 2003. Ernährungslehre an berufsbildenden Schulen - Entwicklung handlungsorientierten Unterrichts. *Ernährungsumschau*, 50, 91 -95.
 131. BORRMANN B, S. B. 2004. Was Frauen gesund hält. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 19-22.
 132. BORTHWICK EMMA, M. J., BLACKWOOD, B., RABINDRANATH KANNAIYAN, S., GLOVER, P., CARDWELL CHRIS, R., MCAULEY DANNY, F. & MAXWELL ALEXANDER, P. 2009. High-volume haemofiltration for sepsis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008075/frame.html>.
 133. BOSANQUET, N., FERRY, J., LEES, C. & AL, E. 2005. Maternity services in the NHS. *REFORM* [Online]. [Accessed December 2005].
 134. BOSCH-CAPBLANCH, X., LIAQAT, S. & GARNER, P. 2011. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006413/frame.html>.
 135. BOURGEAULT, I. 2002. The evolution of the social science of midwifery and its Canadian contributions. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice - Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme* 1, 4-8.
 136. BOWERS, L. 2003. Manipulation: description, identification and ambiguity. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10, 323-8.
 137. BOWERS, L., JARRETT, M., CLARK, N., KIYIMBA, F. & MCFARLANE, L. 1999. Absconding: outcome and risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6, 213-8.
 138. BRADLEY, S. E., PRATA, N., YOUNG-LIN, N. & BISHAI, D. M. 2007. Cost-effectiveness of misoprostol to control postpartum hemorrhage in low-resource settings (Provisional abstract). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22007000555/frame.html>.
 139. BREALEY, S. D., HEWITT, C., GREEN, J. M., MORRELL, J. & GILBODY, S. 2010. Screening for postnatal depression: is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis (Provisional abstract). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*

- [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12011000056/frame.html>.
140. BRERETON, M. L. 1995. Communication in nursing: the theory-practice relationship. *J Adv Nurs*, 21, 314-24.
 141. BRINDLE, S., DOUGLAS, F., VAN TEIJLINGEN, E. & VANORA, H. 2005. Midwifery research: questionnaire surveys. *RCM Midwives*, 8, 156-8.
 142. BRODIE, P. 1996. Australian team midwives in transition. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 143. BROWN, S. A. & GRIMES, D. E. 1995. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care (Structured abstract). *Nurs Res* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-11996003407/frame.html>.
 144. BUECHE, M. N. 1990. Maternal-infant health care: a comparison between the United States and West Germany. *Nurs Forum*, 25, 25-9.
 145. BULLOCK, L., BLOOM, T., DAVIS, J., KILBURN, E. & CURRY, M. A. 2006. Abuse disclosure in privately and medicaid-funded pregnant women. *J Midwifery Womens Health* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/737/CN-00567737/frame.html>.
 146. BULLOUGH, C. H., MSUKU, R. S. & KARONDE, L. 1989. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *Lancet* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/091/CN-00062091/frame.html>.
 147. BURIAN, R. A., FRÖMKE, C., SCHIPPERT, C. & HILLEMANN, P. 2006. Welche präexistenten Faktoren bestimmen die Dauer der Eröffnungsphase? *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_G_02_10.
 148. BURST, H. V. 1998. History of nurse-midwifery in reproductive health care. *J Nurse Midwifery*, 43, 526-9.
 149. BURST, H. V. 2010. Nurse-midwifery self-identification and autonomy. *J Midwifery Womens Health*, 55, 406-10.
 150. BUTLER, M., COLLINS, R., DRENNAN, J., HALLIGAN, P., O'MATHÚNA DÓNAL, P., SCHULTZ TIMOTHY, J., SHERIDAN, A. & VILIS, E. 2011. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD007019/frame.html>.
 151. CAHILL, K., LANCASTER, T. & GREEN, N. 2010. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004492/frame.html>.
 152. CALLAGHAN, H. 1996. Videotaping: capturing women's labour experience. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 153. CALLENDER-GREEN, G., BLOUNT-SKEETE, K., PHILLIBER, S. G. & BERNARDIK, E. 1983. The nurse-midwife in a contraceptive program for adolescents. *J Ambul Care Manage*, 6, 57-65.
 154. CAMPBELL, D. A., LAKE, M. F., FALK, M. & BACKSTRAND, J. R. 2006. A

- randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/028/CN-00567028/frame.html>.
155. CAMPBELL, R. 1997. Place of birth reconsidered. In: ALEXANDER J, L. V., ROTH C (ed.) *Midwifery practice: Core topics 2*. Basingstoke: Macmillan Press Ltd
156. CANBULAT, N. & UZUN, O. 2008. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*, 12, 148-56.
157. CARLIN ANDREW, J., ALFIREVIC, Z. & GYTE GILLIAN, M. L. 2010. Interventions for treating peripartum cardiomyopathy to improve outcomes for women and babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008589/frame.html>.
158. CARLO, W. A., GOUDAR, S. S., JEHAN, I., CHOMBA, E., TSHEFU, A., GARCES, A., PARIDA, S., ALTHABE, F., MCCLURE, E. M., DERMAN, R. J., GOLDENBERG, R. L., BOSE, C., HAMBIDGE, M., PANIGRAHI, P., BUEKENS, P., CHAKRABORTY, H., HARTWELL, T. D., MOORE, J. & WRIGHT, L. L. 2010. High mortality rates for very low birth weight infants in developing countries despite training. *Pediatrics*, 126, e1072-80.
159. CARLO, W. A., GOUDAR, S. S., JEHAN, I., CHOMBA, E., TSHEFU, A., GARCES, A., PARIDA, S., ALTHABE, F., MCCLURE, E. M., DERMAN, R. J., GOLDENBERG, R. L., BOSE, C., KREBS, N. F., PANIGRAHI, P., BUEKENS, P., CHAKRABORTY, H., HARTWELL, T. D. & WRIGHT, L. L. 2010. Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries. *N Engl J Med*, 362, 614-23.
160. CAROLAN, M. Later motherhood, by choice. In: ICM, ed. International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world, 2002 Vienna. ICM.
161. CAROLAN, M. 2003. Reflexivity: a personal journey during data collection. *Nurse Res*, 10, 7-14.
162. CARR, C. A., BURKHARDT, P. & AVERY, M. 2002. Vaginal birth after cesarean birth: a national survey of U.S. midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*, 47, 347-52.
163. CARROLL, J. C., REID, A. J., BIRINGER, A., MIDMER, D., GLAZIER, R. H., WILSON, L., PERMAUL, J. A., PUGH, P., CHALMERS, B., SEDDON, F. & STEWART, D. E. 2005. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/632/CN-00523632/frame.html>.
164. CEBER, E., SOYER, M. T., CICEKLIOGLU, M. & CIMAT, S. 2006. Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey. *Cancer Nurs*, 29, 244-9.
165. CHALMERS, B. 1996. Childbirth and breastfeeding in the countries of central and eastern Europe. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
166. CHALMERS, B., MUGGAH, H., SAMARSKAYA, M. F. & TKATCHENKO, E. 1998. Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation,

- following a maternal and child health intervention program. *Birth*, 25.
167. CHALMERS, I. 1999. Jennifer Sleep: a born researcher, a great facilitator. *British Journal of Midwifery*, 7, 754-755.
 168. CHAN, R., WEBSTER, J., BATTISTUTTA, D., CHUNG, B. & BROOKS, L. 2010. Interventions for preventing and managing radiation-induced skin reactions in cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008522/frame.html>.
 169. CHARANDABI, S. M., VAHIDI, R., MARIONS, L. & WAHLSTRÖM, R. 2010. Effect of a peer-educational intervention on provider knowledge and reported performance in family planning services: a cluster randomized trial. *BMC Med Educ* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/057/CN-00742057/frame.html>.
 170. CHESNEY, M. 1996. Midwifery in Pakistan. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 171. CHOMBA, E., MCCLURE, E. M., WRIGHT, L. L., CARLO, W. A., CHAKRABORTY, H. & HARRIS, H. 2008. Effect of WHO newborn care training on neonatal mortality by education. *Ambul Pediatr*, 8, 300-4.
 172. CHRISTIE, J., O'HALLORAN, P., CAAN, W., CARDWELL CHRIS, R., YOUNG, T. & RAO, M. 2010. Workplace-based organisational interventions to prevent and control obesity by improving dietary intake and/or increasing physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008546/frame.html>.
 173. CHRISTISON, J. 1998. Maternity services evaluation research: summary of findings. *New Zealand College of Midwives Journal*, 9, 6-8.
 174. CHUNG, U. L., HUNG, L. C., KUO, S. C. & HUANG, C. L. 2003. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *The journal of nursing research : JNR* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/680/CN-00459680/frame.html>.
 175. CLARK, L. 1990. How fast are patients abandoning doctors for midwives? *Med Econ*, 67, 60-4.
 176. CLEARY, M., HUNT, G. E., WALTER, G. & FREEMAN, A. 2006. The patient's view of need and caregiving consequences: a cross-sectional study of inpatients with severe mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13, 506-14.
 177. CLEARY, M., HUNT GLENN, E., MATHESON SANDRA, L., SIEGFRIED, N. & WALTER, G. 2008. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001088/frame.html>.
 178. CLIFT-MATTHEWS, V. 2009. Improving maternal health through research. *African Journal of Midwifery and Women's Health* 3, 160.
 179. CLIFT-MATTHEWS, V. 2009. Research: making the profession stronger. *British Journal of Midwifery*, 17, 276-276.

180. CLUETT, E. 1996. Introduction to statistics 1. *Mod Midwife*, 6, 30-4.
181. COHAIN, J. S. 2009. Documented causes of unneCesareans. *Midwifery Today Int Midwife*.
182. CONSEIL DE EVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTE DU, Q. 1999. Stillbirths within the framework of midwifery pilot projects in Quebec (Structured abstract). *Montreal: Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante du Quebec (CETS)* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-31999009814/frame.html>.
183. COOKE, M. & STACEY, T. 2003. Differences in the evaluation of postnatal midwifery support by multiparous and primiparous women in the first two weeks after birth. *Australian Midwifery*, 16, 18-24.
184. COOPER, E. 1998. Credentialing and privileging nurse-midwives. *J Nurs Care Qual*, 12, 30-5.
185. COUPAR, F., POLLOCK, A., VAN WIJCK, F., MORRIS, J. & LANGHORNE, P. 2010. Simultaneous bilateral training for improving arm function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006432/frame.html>.
186. COX, S. G. & TURNBULL, C. J. 1998. Developing effective interactions to improve breastfeeding outcomes. *Breastfeed Rev* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/837/CN-00157837/frame.html>.
187. CREPINSEK MAREE, A., CROWE, L., MICHENER, K. & SMART NEIL, A. 2010. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007239/frame.html>.
188. CROFT, M. L., READ, A. W., DE KLERK, N., HANSEN, J. & KURINCZUK, J. J. 2002. Population based ascertainment of twins and their siblings, born in Western Australia 1980 to 1992, through the construction and validation of a maternally linked database of siblings. *Twin Res*, 5, 317-23.
189. CROFTS, J. F., BARTLETT, C., ELLIS, D., WINTER, C., DONALD, F., HUNT, L. P. & DRAYCOTT, T. J. 2008. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/471/CN-00666471/frame.html>.
190. CROMI, A., GHEZZI, F., TOMERA, S., SCANDROGLIO, S., COLOMBO, G. & BOLIS, P. 2007. Cervical ripening with a Foley catheter: The role of pre- and postripening ultrasound examination of the cervix. *Am J Obstet Gynecol*, 196, 41.e1-41.e7.
191. CUMMINGS, B. 1994. Using homeopathy in midwifery practice. *Mod Midwife*, 4, 17-20.
192. CUNNINGHAM, V. M. 2006. *Social determinants of utilization of skilled birth attendants in two states in India*. Ph.D., State University of New York at Binghamton.
193. CURTIS, P. 2001. Going from strength to strength... midwifery-related research. *International Nursing Link-Up*, 6-6.
194. CUTLIP, K. 1997. Midwifery goes mainstream as hospitals expand options

- and cut costs. *Hosp Top*, 75, 17-21.
195. DAHLEN, H. 1996. 'First time mother's experiences of birth at home and in hospital: a grounded theory study'. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 196. DAHLEN, H., JACKSON, M., SCHMIED, V., TRACY, S. & PRIDDIS, H. 2011. Birth centres and the national maternity services review: response to consumer demand or compromise? *Women Birth*, 24.
 197. DANIELS, J., GRAY, J., PATTISON, H., ROBERTS, T., EDWARDS, E., MILNER, P., SPICER, L., KING, E., HILLS, R. K., GRAY, R., BUCKLEY, L., MAGILL, L., ELLIMAN, N., KAAMBWA, B., BRYAN, S., HOWARD, R., THOMPSON, P. & KHAN, K. S. 2009. Rapid testing for group B streptococcus during labour: a test accuracy study with evaluation of acceptability and cost-effectiveness (Provisional abstract). *Health Technology Assessment* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22010000279/frame.html>.
 198. DAVIES, H. D., ADAIR, C. E., SCHUCHAT, A., LOW, D. E., SAUVE, R. S. & MCGEER, A. 2001. Physicians' prevention practices and incidence of neonatal group B streptococcal disease in 2 Canadian regions. *CMAJ*, 164.
 199. DAVIES, L. 2001. A feminist approach to midwifery education. *Midwifery Today Int Midwife*.
 200. DAVIES, L. 2005. Childbirth expectations and influences. *Pract Midwife*, 8, 41-3.
 201. DAVIS, D. L. & WALKER, K. 2010. Re-discovering the material body in midwifery through an exploration of theories of embodiment. *Midwifery*, 26, 457-62.
 202. DAVIS, L. J. 1995. Certified nurse midwives: over twenty years of military service. *Mil Med*, 160, 401-4.
 203. DAVIS, R., TURNER, E., HICKS, D. & TIPSON, M. 2008. Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs*, 17, 168-74.
 204. DAWSON, A., COHEN, D., CANDELIER, C., JONES, G., SANDERS, J., THOMPSON, A., ARNALL, C. & COLES, E. 1999. Domiciliary midwifery support in high-risk pregnancy incorporating telephonic fetal heart rate monitoring: a health technology randomized assessment (Structured abstract). *Journal of Telemedicine and Telecare* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22000001055/frame.html>.
 205. DAY-STIRK, F. & PALMER, L. 2003. The RCM virtual institute for birth: promoting normality. *RCM Midwives*, 6, 64-5.
 206. DE LUC, K. 2000. Care pathways: an evaluation of their effectiveness. *J Adv Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/201/CN-00326201/frame.html>.
 207. DE MONTIGNY, F. & LACHARITE, C. 2004. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33, 328-39.
 208. DE SILVA, M., MACLACHLAN, M., DEVANE, D., DESMOND, D., GALLAGHER, P., SCHNYDER, U., BRENNAN, M. & PATEL, V. 2009. Psychosocial interventions for the prevention of disability following

- traumatic physical injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006422/frame.html>.
209. DEAN, T. 2005. A student's perspective. *RCM Midwives*, 8, 298-9.
210. DECLERCQ, E. 2009. Births attended by certified nurse-midwives in the United States reach an all-time high: trends from 1989 to 2006. *J Midwifery Womens Health*, 54, 263-5.
211. DENEUX-THARAUX, C., DUPONT, C., COLIN, C., RABILLOUD, M., TOUZET, S., LANSAC, J., HARVEY, T., TESSIER, V., CHAULEUR, C., PENNEHOUAT, G., MORIN, X., BOUVIER-COLLE, M. H. & RUDIGOZ, R. 2010. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial. *BJOG*, 117, 1278-87.
212. DENNIS, C.-L. & CREEDY DEBRA, K. 2004. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001134/frame.html>.
213. DIBBERN, A. 2008. Studie: Hebammengeburtshilfe in der Klinik. *Reinkenheider Informations Zeitung (RIZ, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide)*, 1, S. 6.
214. DIMOND, B. 1995. Complementary therapy and the mother's wishes. *Mod Midwife*, 5, 34-5.
215. DIMOND, B. 1998. Abbreviations, record keeping and the midwife. *Pract Midwife*, 1, 10-1.
216. DIMOND, B. 2002. Law for midwives: step by step. Step 42: legal aspects of research 2. *British Journal of Midwifery*, 10, 362-362.
217. DINGLEY, E. F. 1979. Birthplace and attendants: Oregon's alternative experience, 1977. *Women Health*, 4, 239-53.
218. DIXON, L., DUNCAN DAWN, C., JOHNSON, P., KIRKBY, L., O'CONNELL, H., TAYLOR HILARY, J. & DEANE, K. 2007. Occupational therapy for patients with Parkinson's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002813/frame.html>.
219. DORMANDY, E., MICHIE, S., HOOPER, R. & MARTEAU, T. M. 2006. Informed choice in antenatal Down syndrome screening: a cluster-randomised trial of combined versus separate visit testing. *Patient Educ Couns*, 61, 56-64.
220. DÖRPINGHAUS, S. 2003. Systematisch forschen. *deutsche Hebammen Zeitschrift*.
221. DÖRPINGHAUS, S. & SCHRÖTER, B. 2005. Welchen Namen soll die "Hebammenwissenschaft" tragen? *Die Hebamme*.
222. DOWNE, S. 1998. Caring and sharing: developing the art and science of midwifery. *British Journal of Midwifery*, 6, 427-427.
223. DOWNE, S. 2001. Is there a future for normal birth? Who knows what 'normal birth' really means today? *Pract Midwife*, 4, 10-2.
224. DOWSWELL, T., CARROLI, G., DULEY, L., GATES, S., GULMEZOGLU, A. M., KHAN-NEELOFUR, D. & PIAGGIO, G. G. 2010. Alternative versus

- standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, CD000934.
225. DOWSWELL, T., MIDDLETON, P. & WEEKS, A. 2009. Antenatal day care units versus hospital admission for women with complicated pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001803/frame.html>.
226. DOYLE, M. B. & WIDHALM, M. V. 1979. Midwifing the adolescents at Lincoln Hospital's teen-age clinics. *J Nurse Midwifery*, 24, 27-32.
227. DREITH, C. 1990. Pioneer program gives infants a health start. *Calif Hosp*, 4, 16-8.
228. DREXELIUS, N. 2008. Eine Sahnestück auf dem Teller. Erster Präsenzstudiengang. *Hebammenforum*, 11, S. 897 -899.
229. DRIFE, J. 1998. Listen to CESDI. *Changing Childbirth Update* 11, p 5.
230. DUFF, E. 2003. International Confederation of Midwives: a worldwide look at what is happening in midwifery. Midwifery research: may need to be heroic but should avoid serendipity. *MIDIRS Midwifery Digest*, 13, 179-180.
231. DUFF, E. 2006. 'The evidence is strongly in favour of midwives as the main providers' -- says The Lancet. *International Midwifery*, 19, 62-62.
232. DUNKLEY, J. 2003. Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis. Verl. Hans Huber.
233. DYSON, S. M., CULLEY, L., GILL, C., HUBBARD, S., KENNEFICK, A., MORRIS, P., REES, D., SUTTON, F. & SQUIRE, P. 2006. Ethnicity questions and antenatal screening for sickle cell/thalassaemia [EQUANS] in England: a randomised controlled trial of two questionnaires. *Ethn Health*, 11, 169-89.
234. EARLE-RICHARDSON, G. B. & EARLE-RICHARDSON, A. F. 1998. Commentary from the front lines: improving the National Health Service Corps' use of nonphysician medical providers. *J Rural Health*, 14, 91-7.
235. ECKHORST, K. 2008. Ein Handwerk wird akademisch. *die tageszeitung (taz nord)*, 1./2.11.2008, S. 29.
236. EDDY, A. 2003. Celebrating midwifery research in the South Pacific. *International Midwifery*, 16, 68-69.
237. EDWARDS, K. E. & GIBSON, N. L. 2008. Knowledge profiling as emergent theory in community-based participatory research. *Prog Community Health Partnersh*, 2, 73-9.
238. EINAV, S., MATOT, I., BERKENSTADT, H., BROMIKER, R. & WEINIGER, C. F. 2008. A survey of labour ward clinicians' knowledge of maternal cardiac arrest and resuscitation. *Int J Obstet Anesth*, 17, 238-42.
239. EIRICH, M. 2003. Forschung und Praxis verbinden. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
240. ENGLISH NATIONAL BOARD FOR NURSING, M. A. H. V. 1999. Midwifery practice: identifying the developments and the difference. An outcome report arising from the audit of maternity services and practice visits undertaken by midwifery officers of the Board 1998-99. In: ENGLISH NATIONAL BOARD FOR NURSING, M. A. H. V. (ed.). London: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting
241. ENGSTROM, J. L., PISCIONERI, L. A., LOW, L. K., MCSHANE, H. & MCFARLIN, B. 1993. Fundal height measurement. Part 3--The effect of maternal position on fundal height measurements. *J Nurse Midwifery*

- [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/287/CN-00090287/frame.html>.
242. ENSEL, A. & MITTELSTÄDT, S. 1999. Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit - ethische Fragen und Konfliktfelder in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen; Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe. Verl. Selbstbestimmtes Leben.
243. ERNST, E. K. & FORDE, M. P. 1975. Maternity care: an attempt at an alternative. *Nurs Clin North Am*, 10, 241-9.
244. ERTEM, I. O., PEKICICI, E. B., GOK, C. G., OZBAS, S., OZCEBE, H. & BEYAZOVA, U. 2009. Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *J Dev Behav Pediatr*, 30, 319-26.
245. FACHHOCHSCHULE OSNABRÜCK 2008. Hebammenwesen studieren. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 11, S. 41.
246. FAHY, K. 2006. Welcome to the first issue of Women and Birth: The journal of the Australian College of Midwives. *Women Birth*, 19, 1-2.
247. FAHY, K. 2010. How to get published in an international journal. *Women Birth*, 23, 43-4.
248. FAHY, K. & FENWICK, J. 2008. Perceived journal quality: an indicator of research quality. *Women Birth*, 21, 97-8.
249. FAIRBROTHER, P. & MATHERS, N. J. 2004. Lecturer practitioners in six professions: combining cultures. *J Clin Nurs*, 13, 539-46.
250. FARAH, L. A., SANCHEZ-RAMOS, L., ROSA, C., DEL VALLE, G., GAUDIER, F. L., DELKE, I. & KAUNITZ, A. M. 1997. Randomized trial of two doses of the prostaglandin E1 analog misoprostol for labor induction. *Am J Obstet Gynecol*, 177, 364-371.
251. FARELL, T., BUDDLE, M. & BROWN, M. 1996. A new approach to blood pressure monitoring. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
252. FARLEY, C. & CARR, K. C. 2003. New directions in midwifery education: the master's of science in midwifery degree. *J Midwifery Womens Health*, 48, 133-137.
253. FATUSI, A. O., MAKINDE, O. N., ADEYEMI, A. B., ORJI, E. O. & ONWUDIEGWU, U. 2008. Evaluation of health workers' training in use of the partogram. *Int J Gynaecol Obstet*, 100, 41-4.
254. FILZ, M. & MÜHLHAUSER, I. 2009. Zervixkarzinom: Impfen, screenen oder beides? Teil 1. Melanie Filz und Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser stellen die aktuelle Forschungslage dar. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
255. FISCHBACHER, C. 2004. Free-standing midwife-led maternity units (Structured abstract). London: Bazian Ltd (Editors), Wessex Institute for Health Research and Development, University of Southampton [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32004000231/frame.html>.
256. FLEMING, V. 1996. Professional reflexivity or reflexive professionalism? An exploration of the midwife/client relationship. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
257. FLEMING, V., POAT, A. & PENDER, U. 2007. Tradition oder Wissen? Prof. Dr. Valerie Fleming, Angela Poat und Ute Pender haben sich damit

- beschäftigt, was passiert, wenn Hebammen mit Zweifeln an der Forschung teilnehmen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
258. FLETCHER, J., BOWER PETER, J., GILBODY, S., LOVELL, K., RICHARDS, D. & GASK, L. 2007. Collaborative care for depression and anxiety problems in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006525/frame.html>.
 259. FLÜGGE, S. 1998. Hebammen und heilkundige Frauen - Recht und Rechtswirklichkeit im 15. und 16. Jahrhundert. Stroemfeld.
 260. FORD J, P. G. 2008. 'BBA' birth. Analysis of one year's 'born before arrival' births (n=29) and trends in BBA birth 2000–07 in a large English maternity unit. *MIDIRS Midwifery Digest* 18, 217-223.
 261. FORMAN, J. A. 1974. Nurse attachments to general practice in South-west England. *J R Coll Gen Pract*, 24, 579-81.
 262. FRAMPTON, C. & MAGGS, C. 2000. Critical mass in nursing and midwifery research groups in the West Midlands... including commentary by McMahon A. *NT Research*, 5, 306-314.
 263. FRASER, D. M. 1996. How competent are non-nurse student midwives? An evaluation study. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 264. FREVERT, R., BROWN, A. & ROGERS, C. 1996. Sexual abuse and pregnancy outcomes - a descriptive study. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 265. FRICK, E. 2007. Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Hebammen. Elmiro Frick fasst die Beiträge zum Symposium "Gründung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Hebammen" zusammen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 266. FRIEß, H. 2004. Schaden Schaffelle? Holger Frieß hat zu Risiko und Nutzen von Schaffellen in Kinderbetten recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 267. FROGGATT, K. & PAYNE, S. 2006. A survey of end-of-life care in care homes: issues of definition and practice. *Health Soc Care Community*, 14, 341-8.
 268. FRÖMKE, C., GROß, M. M. & HECKER, H. 2006. Darstellung von zeitkonstanten und zeitabhängigen Interventionen auf den Geburtsverlauf in Übergangsmodellen In: DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIK, B. U. E. E. V. G. (ed.) *51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. Leipzig, 10.-14.09.2006. Düsseldorf, Köln: German Medical Science; 2006. Doc06gmds223*. Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (gmds).
 269. FRÖVEL, N., BRODSKY, T. & JUNG, A. 2010. Die Versorgung von Geburtsverletzungen - aktueller Forschungsstand. *Die Hebamme*.
 270. FRY, T. 2002. Measuring newborns: yes, size does really matter. *RCM Midwives J*, 5, 220-1.
 271. FULLERTON, J., SCHUILING, K. D. & SIPE, T. A. 2005. Presidential priorities: 50 years of wisdom as the basis of an action agenda for the next half-century. *J Midwifery Womens Health*, 50, 91-101.
 272. FULLERTON, J. T., NAVARRO, A. M. & YOUNG, S. H. 2007. Outcomes of planned home birth: an integrative review (Structured abstract). *Journal of*

- Midwifery and Women's Health* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12007002365/frame.html>.
273. FYLE, J. 2003. PPF targets and breastfeeding initiation rates. *RCM Midwives*, 6, 525.
274. GALLOWAY, L. 1994. Knowing the form. *Mod Midwife*, 4, 24-6.
275. GARLAND, D. 2004. Das Wassergeburten-Buch - ein Handbuch für die Hebammenpraxis. Huber.
276. GATEWOOD, T. S. & STEWART, R. B. 1975. Obstetricians and nurse-midwives: The team approach in private practice. *Am J Obstet Gynecol*, 123, 35-40.
277. GAZI, R., HOSSAIN, S. S., ZAMAN, K. & KOEHLMOOS TRACEY, P. 2011. Community mobilization for safe motherhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD009091/frame.html>.
278. GEBKER, S. & RÖHL, S. 2007. Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsängste. *Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 57, 10-11.
279. GEBKER, S., SCHÜCKING, B., FISCHER, D. & BAUE, R. K. Mütterliches Wohlbefinden nach Frühgeburt: Ressourcen und Risiken am Beispiel von Schuld- und Schamerleben. 23. Kongress für Perinatale Medizin, 29.11. bis 01.12.2007, ICC Berlin, 2007 Berlin.
280. GEIST, C. H. & AHRENDT, C. 1995. Hebammenkunde. *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. de Gruyter.
281. GEIST, C. H. & AHRENDT, C. 1998. Hebammenkunde. *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. de Gruyter.
282. GEIST, C. H. & AHRENDT, C. 2005. Hebammenkunde. *Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. Hippokrates-Verl.
283. GHERISSI, A., MLIKA, A., ZOUARI, B. & AL, E. 1996. Basic education and practice adequacy in midwifery in Tunisia 1996. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
284. GIBSON, A. & GIBSON, T. 2000. Motivational interviewing. *Pract Midwife*, 3, 32-5.
285. GILL, C. J., PHIRI-MAZALA, G., GUERINA, N. G., KASIMBA, J., MULENGA, C., MACLEOD, W. B., WAITOLO, N., KNAPP, A. B., MIROCHNICK, M., MAZIMBA, A., FOX, M. P., SABIN, L., SEIDENBERG, P., SIMON, J. L. & HAMER, D. H. 2011. Effect of training traditional birth attendants on neonatal mortality (Lufwanyama Neonatal Survival Project): randomised controlled study. *BMJ*, 342, d346.
286. GLOVER, C. 2004. Information technology in the NHS: the effect on midwifery. *RCM Midwives*, 7, 352-3.
287. GOLDBERG, B. D., BAISCH, M. J. & FOX, R. A. 1986. Teen Pregnancy Service. An interdisciplinary health care delivery system utilizing certified nurse-midwives. *J Nurse Midwifery*, 31.
288. GOODMAN, M. J., NELSON, W. W. & MACIOSEK, M. V. 2005. Births by day of week: a historical perspective. *J Midwifery Womens Health*, 50.
289. GORDON, B. & MACKRODT, C. 1999. Salutations... Jennifer Sleep... salutations from a selection of colleagues. *British Journal of Midwifery*, 7, 763-764.

290. GORDON, I. & ERICKSON, J. R. 1993. Comparison of rural and urban certified nurse-midwives in Arizona. *J Nurse Midwifery*, 38, 28-34.
291. GOULET, C., BELL, L., ST-CYR, D., PAUL, D. & LANG, A. 1998. A concept analysis of parent-infant attachment. *J Adv Nurs*, 28.
292. GRANT, J. & ROTH, C. 1998. Antenatal HIV testing. Time for a change in practice. *Pract Midwife*, 1, 16-9.
293. GRAY TRISH, A., ORTON LOIS, C., HENSON, D., HARPER, R. & WATERMAN, H. 2009. Interventions for improving adherence to ocular hypotensive therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006132/frame.html>.
294. GREEN, J. & STATHAM, H. 1993. Testing for fetal abnormality in routine antenatal care. *Midwifery*, 9, 124-135.
295. GREVE, T. 2009. Disturbing "new" trends in tear prevention threaten midwives' autonomy. *Midwifery Today Int Midwife*.
296. GRIESHOP, M. 2009. Problemorientiertes Lernen in der Hebammenausbildung. *Hebammenforum*, 1, S. 38-40.
297. GRIESHOP, M. 2010. Welche Lerngegenstände verbergen sich in einem Fallbeispiel? Analyse des Potenzials von Fallbeispielen für die Hebammenausbildung. *Pflege anders denken und ausbilden*, 5.
298. GRIESHOP, M., CHRISTIANSEN, H., RÖHRLE, B., SCHÜCKING, B. 2011. Verlängerte Wochenbettbetreuung durch Hebammen in Bayern und Rheinland-Pfalz. *HEBAMMENinfo*, 2/11, S.33 - 34.
299. GRIESHOP, M., HOTZE, E., SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & SCHÖNIGER, U. 2009. Familiengesundheits-Versorgung durch Pflegende und Hebammen. *7. int. Konferenz Pflege und Pflegewissenschaft*, 24.-25.September 2009. Ulm.
300. GRIESHOP, M. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Ein neuer Bildungsweg für Hebammen und Entbindungspfleger. *Impulse* 62/2009, S. 18-19.
301. GRIESHOP, M., SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z., HOTZE, E. & SCHÖNIGER, U. 2009. Wie können die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Familienhebammen verbessert werden? *Die Hebamme*, 22, S. 250-253.
302. GRIESHOP, M., ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F., HOTZE, E. & SCHÖNIGER, U. 2011. Ausbildung und Forschung. Die Wahl der Forschungsmethode - ein Fallbeispiel. *Die Hebamme*.
303. GRIFFITHS PETER, D., EDWARDS MARGARET, E., FORBES, A., HARRIS RUTH, G. & RITCHIE, G. 2007. Effectiveness of intermediate care in nursing-led in-patient units. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002214/frame.html>.
304. GROß, M. 2001. 11. Workshop zum wissenschaftlichen Arbeiten für Hebammen: Aspekte der Eugenik in Geschichte und Gegenwart. *Die Hebamme*.
305. GROß, M. 2002. Die fünf Geburtszeiten. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 206, 236,241.
306. GROß, M. 2002. Rosen für Archie Cochrane. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*.

307. GROß, M. 2002. Sorgfaltspflichten in Praxis und Forschung. *Die Hebamme*, 125.
308. GROß, M. 2003. Vaginale Geburt oder Sectio aus der Sicht einer Hebamme. *Der Frauenarzt* 640-642.
309. GROß, M. 2004. Schmerz und Fitness während der Wehen. In: 55. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (DGGG) HAMBURG, -. S. C. (ed.) *Arch Gynecol Obstet*. Springer Berlin / Heidelberg.
310. GROß, M. 2005. Hebammenforschung vor 10 Jahren und heute. In: GERHARD I, F. A. H. (ed.) *Geburtshilfe integrativ*. München: Elsevier.
311. GROß, M. 2006. Editorial. "Wie wissenschaftlich ist die Hebammenforschung?". *Die Hebamme*.
312. GROß, M. 2006. Geleitwort. In: (HG.), C. E. (ed.) *Hebammenarbeit* Bern: Hans Huber.
313. GROß, M. 2006. Mütterliche Komplikationen nach Sectio caesarea. Übersichtsarbeit. *HebammenForum* 9, 688-697
314. GROß, M. 2008. Prozessorientierte Betreuung und Interventionskaskaden während des Gebärens. *Schweizer Hebamme*, 7-8, 4-6.
315. GROSS, M. 2006. Wie wissenschaftlich ist die Hebammenforschung? *Hebamme*, 19, 77,77.
316. GROSS, M. 2009. More VBAC's in the Future. *J Perinat Med*.
317. GROSS, M. 2010. Vaginale Geburt nach Kaiserschnitt. *Schweizer Hebamme*
318. GROß, M. & DUDENHAUSEN, J. W. 2006. Geleitwort. In: ENKIN, M., KEIRSE, M., NEILSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E. & HOFMEYR, J. (eds.) *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. 2. deutsche Ausgabe der 3. englischen Ausgabe herausgegeben von Mechthild M. Groß und Joachim W. Dudenhausen*. Bern: Hans Huber.
319. GROß, M., FISCHER, V., BEHREND, M. & HILLEMANN, P. 2009. Europäischer Masterstudiengang für Hebammen. *Geburtsh Frauenheilk*, 69, A037.
320. GROß, M., FRÖMKE, C., SCHIPPERT, C. & WENZLAFF, P. 2006. Intrapartale Einflussfaktoren des Gebärens in einer niedersächsischen Kohortenstudie (ProGeb-Studie). *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_G_04_39.
321. GROß, M., HAUNSCHILD, T., METHNER, V., STÖXEN, T., HECKER, H. & GÜNTHER, H. H. 2003. Der persönliche Geburtsbeginn und seine prädiktive Bedeutung für die Geburtsdauer nach Krankenhausaufnahme. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, FV_08_03.
322. GROSS, M., HAUNSCHILD, T., STOEXEN, T. & GUENTER, H. 2003. Women's assessment of spontaneous onset of labor. In: INVESTIG, J. S. G. (ed.) *Society of Gynecological Investigation 50th Annual Meeting 16.30.3.2003*. Washington: J.Soc Gynecol Investig.
323. GROß, M., HAUNSCHILD, T., STOEXEN, T. & SOHN, C. 2003. Wie erleben Schwangere den Geburtsbeginn? Erste Ergebnisse aus einer laufenden Untersuchung. In: NEISES M, B. S., DOHNKE H, FALCK HR, KAUFFELS W, SCHMID-OTT G, SCHWERDTFEGGER J, WALTER H (HG.) (ed.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der 30. Jahrestagung 2002 Hannover 20.-23.02.2003*. Giessen: Psychozial-Verlag.
324. GROß, M., HECKER, H., FRÖMKE, C., AYERLE, G. & HILLEMANN, P. 2007. Dynamische Zusammenhänge zwischen präexistenten sowie

- intrapartalen Faktoren und Eröffnung und Austreibung bei Erstgebärenden - Ergebnisse der niedersächsischen ProGeb-Studie. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, FV_07_02.
325. GROß, M., HECKER, H., STÖXEN, T., GÜNTER, H. & KEIRSE, M. 2004. Der Einfluss des persönlichen Geburtsbeginns auf verschiedene Geburtsphasen. *In*: 55. KONGRESS DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE (DGGG) HAMBURG, -. S. C. (ed.) *Arch Gynecol Obstet*. Springer Berlin / Heidelberg.
326. GROSS, M., SCHWARZ, C., BURIAN, R., KEIRSE, M. & HECKER, H. 2007. Midwifery teams differ in their opinions regarding study participation. *Birth Issues*.
327. GROß, M., STAHL, K., WENZLAFF, P., RÄTZ, S. & HECKER, H. 2005. Wie lange dauern Geburtsverläufe? *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, FV_7_1.
328. GROSS, M., STÖXEN, T., HECKER, H. & GUENTER, H. 2003. Women's experience of onset of labour – Is there a predictive value for birth duration after hospital admission? *6th World Congress of Perinatal Medicine J. Perinat Med* 2003.
329. GROß, M., WENZLAFF, P., HAESELER, G., HECKER, H. & SCHNEIDER, M. 2005. Geburtshilflich-anästhesiologische Klinikprofile in Niedersachsen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, PO_2_3.
330. GROß, M. M. 2003. Laudatio für die Preisträgerinnen. *Die Hebamme*, 16, 196.
331. GROß, M. M. 2004. Hebammentätigkeit und Strukturen. *Hebamme*, 17, 72,72.
332. GROß, M. M. 2005. Evidenzbasierte Geburtshilfe in einem australischen Universitätskrankenhaus. *Hebamme*, 18, 248,251.
333. GROSS MM, DROBNIC S & MJNC, K. 2003. Influence of time-dependent variables on the duration of spontaneous first stage labor. *J. Perinat Med*.
334. GROSS, M. M., BURIAN, R. A., FRÖMKE, C., HECKER, H., SCHIPPERT, C. & HILLEMANN, P. 2009. Onset of labour: women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration. *Archives of gynecology and obstetrics*.
335. GROSS, M. M., HARTMUT, H., FROEMKE, C. & HILLEMANN, P. 2007. The timing of amniotomy, oxytocin and epidural and its association to labor duration and mode of birth. *Am J Obstet Gynecol*, 197, S101.
336. GROSS, M. M., HECKER, H., MATTERNE, A., GUENTER, H. H. & KEIRSE, M. J. N. C. 2006. Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*.
337. GROSS, M. M. & KEIRSE, M. J. N. C. 2002. Die Klinik des spontanen Geburtsbeginns in der geburtshilflichen Forschung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*.
338. GULITZ, E., BUSTILLO-HERNANDEZ, M. & KENT, E. B. 1998. Missed cancer screening opportunities among older women: A provider survey. *Cancer Pract*, 6, 325-32.
339. HADDEN, D. R., ALEXANDER, A., MCCANCE, D. R. & TRAUB, A. I. 2001. Obstetric and diabetic care for pregnancy in diabetic women: 10 years outcome analysis, 1985-1995. *Diabet Med*, 18, 546-53.
340. HAERTSCH, M., CAMPBELL, E. & SANSON-FISHER, R. 1998. Who can provide antenatal care? The views of obstetricians and midwives. *Aust N Z*

- J Public Health*, 22, 471-5.
341. HAIRE, D. 1981. Improving the outcome of pregnancy through increased utilization of midwives. *J Nurse Midwifery*, 26, 5-8.
 342. HAIRE, D. 1996. 1996 update on obstetric drugs and procedures: their effects on maternal and infant outcome. *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 343. HALL, J. 2009. Midwifery doesn't change--with time or place. *Pract Midwife*, 12, 4-5.
 344. HALL, J. 2011. Effective community-based interventions to improve exclusive breast feeding at four to six months in low- and low-middle-income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Midwifery*, 27.
 345. HALL MORAN, V., EDWARDS, J., DYKES, F. & DOWNE, S. 2007. A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers (Provisional abstract). *Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12007006075/frame.html>.
 346. HALVES, C. B., C 2010. Was ist anders? Schwangerschaft und Geburt bei Migrantinnen. *Impulse* 62/2009, S.14-15.
 347. HARBISON, J. 1996. Making complex choices: ante-natal screening. *Mod Midwife*, 6, 22-5.
 348. HARDER, U., REUTTER, R., LUYBEN, A. & GROSS, M. M. 2002. Hebammen präferieren vaginale Geburt statt Wunschsektio. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 206, 72,74.
 349. HART, E. & BOND, M. 1996. Making sense of action research through the use of a typology. *J Adv Nurs*, 23, 152-9.
 350. HATTORI, R. & HATTORI, H. 1999. Breastfeeding twins: guidelines for success. *Birth* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/749/CN-00163749/frame.html>.
 351. HAWKINS, J. W. 2000. Evidence-based practice: a new name for an old concept? *Clin Excell Nurse Pract*, 4, 261-2.
 352. HEIBERG, E. 1996. Pelvic pain in pregnancy - a biocultural syndrome? In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 353. HEIMBACH, B. 2001. Kinderwunsch trotz Mukoviszidose. Birgit Heimbach hat umfangreich recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 354. HEIMBACH, B. & SCHMIDBAUER, W. 2005. Vom Helfersyndrom zum Burn-out. Birgit Heimbach fasst zusammen, was Dr. Wolfgang Schmidbauer über den Zusammenhang von zwei Syndromen erforscht hat. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 355. HELLMERS, C. 2008. Der Kaiserschnitt als Flucht, Rettung oder Ressource? *Rundbrief Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen*, S. 40.
 356. HELLMERS, C., SCHÜCKING, B 2009. Mode of birth and well-being in Germany and USA. *9th World Congress of Perinatal Medicine*, 24.-28.Oktober 2009. Berlin: Journal of Perinatal Medicine, 37 (Supplement),.
 357. HELLMERS, C. & KEHRBACH, A. 2006. Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung. *Hebamme*, 19, 262,264.
 358. HELLMERS, C., KRAHL, A. & SCHÜCKING, B. 2010. Ärztliches Handeln in der Geburtshilfe: Kriterien zur Entscheidungsfindung bei Interventionen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 70.

359. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2005. Handlungsleitlinien geburtshilflicher ExpertInnen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, PO_2_5.
360. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Caesarean Section on Request in Germany: Who prefers it. *Journal of Perinatal Medicine*.
361. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Decision Making Criteria for interventions in obstetrics. *Journal of Perinatal Medicine* 35, 173.
362. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Die Entscheidung für oder gegen Interventionen in der Geburtshilfe. *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_12.
363. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Geburtshilfliche Interventionen und maternale Wünsche. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, PO_02_03.
364. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Geburtsmodus-Wunsch, Wohlbefinden und Kohärenzgefühl bei Erstgebärenden. *Geburtsh Frauenheilk*, 67, FV_8.
365. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. Wie wirkt sich die Implementierung eines Hebammenkreißsaals auf die Entscheidungskriterien für geburtshilfliche Interventionen aus? XI. Hebammenkongress - Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an. , 2007 Leipzig. 245-250.
366. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. Wohlbefinden in der Schwangerschaft und im Wochenbett. XI. Hebammenkongress . Hebammen fördern Gesundheit – von Anfang an. , 2007 Leipzig. 239-244.
367. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2008. Implementierung und Auswirkung eines Hebammenkreißsaals aus Sicht des ärztlichen Teams. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, PO_Geb_02_03.
368. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. A. 2005. Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Hebamme*, 18, 79,82.
369. HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. A. 2006. Welche Entscheidungskriterien nutzen ExpertInnen zur Durchführung geburtshilflicher Interventionen? *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_G_02_13.
370. HEMMINKI, E., USKI, A., KOPONEN, P. & RIMPELÄ, U. 1989. Iron supplementation during pregnancy--experiences of a randomized trial relying on health service personnel. *Control Clin Trials* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/732/CN-00062732/frame.html>.
371. HEWISON, J. 1995. Approaching research in the health services. *Midwives*, 108, 319-21.
372. HEWITT, V., WATTS, R., ROBERTSON, J. & HADDOW, G. 2005. Nursing and midwifery management of hypoglycaemia in healthy term neonates (Provisional abstract). *International Journal of Evidence-Based Healthcare* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12006008035/frame.html>.
373. HILLIER, D. & CAAN, W. 2002. Researching the public health role of the midwife. *British Journal of Midwifery*, 10, 545-547.
374. HINDERAKER, S. G., OLSEN, B. E., BERGSJO, P. B., GASHEKA, P., LIE, R. T., HAVNEN, J. & KVALE, G. 2003. Avoidable stillbirths and neonatal deaths in rural Tanzania. *BJOG*, 110, 616-23.
375. HINXLAGER, S., OEHLER, K., KRAMER, F., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2007. Prädiktoren für den Verlauf und das Outcome der Eröffnungsphase - ein erster empirischer Zugang im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, P10.

376. HLADY, W. G., FAUVEAU, V. A., KHAN, S. A., CHAKRABORTY, J. & YUNUS, M. 1992. Utilization of medically-trained birth attendants in rural Bangladesh. *Asia Pac J Public Health*, 6, 18-24.
377. HODDINOTT, P., PILL, R. & CHALMERS, M. 2007. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary care. *Fam Pract*, 24, 84-91.
378. HODNETT, E. D. 2008. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000062/frame.html>.
379. HODNETT, E. D., STREMLER, R., WILLAN, A. R., WESTON, J. A., LOWE, N. K., SIMPSON, K. R., FRASER, W. D. & GAFNI, A. 2008. Effect on birth outcomes of a formalised approach to care in hospital labour assessment units: international, randomised controlled trial. *BMJ*, 337.
380. HOFFBRAND, S. E., HOWARD, L. & CRAWLEY, H. 2001. Antidepressant treatment for post-natal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000218/frame.html>.
381. HOLMAN, S. 1989. Epidemiology and transmission of HIV infection in women. Considerations for nurse-midwives. *J Nurse Midwifery*, 34, 233-41.
382. HOLT, F. E., BIRKS, T., THORGRIMSEN, L. M., SPECTOR, A. E., WILES, A. & ORRELL, M. 2003. Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD0003150/frame.html>.
383. HOLZ, K. A. 1994. A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse. *J Nurse Midwifery*, 39, 13-8.
384. HOMER, C. 2002. Immersion in water during first stage of labor. *Birth*, 29, 76-7.
385. HOTZ, S. 2008. Heimliche Herrscher, Leistungsprämien, Qualifikationen und originäre Hebammenarbeit. *Hebammenforum* 11, 933.
386. HOUNTON, S., MENTEN, J., OUEDRAOGO, M., DUBOURG, D., MEDA, N., RONSMANS, C., BYASS, P. & DE BROUWERE, V. 2008. Effects of a Skilled Care Initiative on pregnancy-related mortality in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health*, 13 Suppl 1, 53-60.
387. HOWARD, E. & MORARTY, J. 1996. Beyond technology: documenting the art of midwifery. *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
388. HOWARD, L., HOFFBRAND, S. E., HENSHAW, C., BOATH, L. & BRADLEY, E. 2005. Antidepressant prevention of postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD0004363/frame.html>.
389. HUESTON, W. J. & MURRY, M. 1992. A three-tier model for the delivery of rural obstetrical care using a nurse midwife and family physician copractice. *J Rural Health*, 8, 283-90.
390. HUGHES, H. 2008. Management of postpartum loss of libido. *J Fam Health Care*, 18, 123-5.
391. HUMPHREYS, A., JOHNSON, S., RICHARDSON, J., STENHOUSE, E. &

- WATKINS, M. 2007. A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants. *J Clin Nurs*, 16, 1792-808.
392. HUNDLEY, V. & GRAHAM, W. 1997. Research and audit in midwifery: does the difference matter? *British Journal of Midwifery*, 5, 664-668.
393. HUNTER, D. J. S. 1990. Commentary: midwifery in Ontario. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 17, 145-145.
394. HUNTER, I. & FORSYTH, S. 1998. Detection of hearing loss in infants. *Pract Midwife*, 1, 30-3.
395. HURZELER, C. 1981. Use of the certified nurse-midwife in the education of the lay-midwife. *J Nurse Midwifery*, 26, 57-9.
396. ILLING, S., SALIS, B. & STRAHLECK, T. B. 2003. Kinderheilkunde für Hebammen. Hippokrates-Verl.
397. ILLING, S., SALIS, B. & STRAHLECK, T. B. 2008. Kinderheilkunde für Hebammen. Hippokrates-Verl.
398. INCH, S., LAW, S. & WALLACE, L. 2003. Hands off! The Breastfeeding Best Start Project (2). *Pract Midwife* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/795/CN-00459795/frame.html>.
399. IND, T. 1997. The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*, 104, 1099.
400. INOUE, M., CHAPMAN, R. & WYNADEN, D. 2006. Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *J Adv Nurs*, 55, 559-67.
401. ISAACS, S. L. 1975. Nonphysician distribution of contraception in Latin America and the Caribbean. *Fam Plann Perspect*, 7, 158-64.
402. JACKSON, D. 2005. Building research by community. *J Adv Nurs*, 50, 229-30.
403. JAMES, D. C., SIMPSON, K. R. & KNOX, G. E. 2003. How do expert labor nurses view their role? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32, 814-23.
404. JAMJUTE, P., EEDARAPALLI, P. & JAIN, S. 2005. Awareness of correct use of a seatbelt among pregnant women and health professionals: a multicentric survey. *J Obstet Gynaecol*, 25, 550-3.
405. JANSSEN, P., NOLAN, M. L., SPIBY, H., GREEN, J., GROSS, M. M., CHEYNE, H., HUNDLEY, V., RIJNDERS, M., DE JONGE, A. & BUITENDIJK, S. 2009. Roundtable discussion: Early labor: what's the problem? *Birth (Berkeley, Calif.)*.
406. JANSSEN, P. A. & KLEIN, M. C. 2010. Time for improved standards for studies of home birth. *Am J Obstet Gynecol*, 203, e11-2; author reply e12.
407. JANSSEN, P. A., LEE, S. K., RYAN, E. R. & SAXELL, L. 2003. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. *J Midwifery Womens Health*, 48, 138-45.
408. JARRETT, R. J. 1998. Should we screen for gestational diabetes? *Pract Midwife*, 1, 22-3.
409. JEFFORD, E., FAHY, K. & SUNDIN, D. 2011. Decision-making theories and their usefulness to the midwifery profession both in terms of midwifery practice and the education of midwives. *Int J Nurs Pract*, 17, 246-53.
410. JOHNSON, K. C. & DAVISS, B. A. 2005. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330, 1416.
411. JOHNSON, P. G. 1998. Midwife and nurse-midwife. The effect of title on perception and confidence in services provided by professional midwives.

- The Midwifery Research Project Group. *J Nurse Midwifery*, 43, 296-304.
412. JOHNSTON, C. 1993. Ontario's birthing-centre concept may have impact on hospitals, MDs. *CMAJ*, 148, 1004-6.
413. JOKHIO, A. H., WINTER, H. R. & CHENG, K. K. 2005. An intervention involving traditional birth attendants and perinatal and maternal mortality in Pakistan. *N Engl J Med*, 352, 2091-9.
414. JONES, E., JONES, P. & SPENCER, A. 2004. Breastfeeding and returning to work. *Pract Midwife* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/373/CN-00503373/frame.html>.
415. JONES, K. & GRIFFITHS, L. 2011. Back to the floor Friday: evaluation of the impact on the patient experience. *J Nurs Manag*, 19, 170-6.
416. JONES-VESSEY, K. 2004. 2002 North Carolina live births attended by certified nurse midwives. *N C Med J*, 65, 118-9.
417. JONQUIL, S. G. 1997. Group B strep update. *Midwifery Today Childbirth Educ*, 30-1.
418. JOWETT, S., PETERS, M., REYNOLDS, H. & WILSON-BARNETT, J. 2001. The UKCC's Scope of Professional Practice--some implications for health care delivery. *J Nurs Manag*, 9, 93-100.
419. JOWITT, M. 2001. Midwifery research -- where next? *Midwifery Matters*, 2-2.
420. JURGELUCKS, C. 2004. Kaiserschnitt - Wunsch, Erlösung oder Trauma? Über das Erleben betroffener Frauen. Mabuse-Verl.
421. JUST, S. 2008. Neujahrs Symposium im Zeichen des "Notfallmanagements". Susanne Just gibt Einblicke in eine spannende Fortbildung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
422. KALIST, D. E. & SPURR, S. J. 2004. The effect of state laws on the supply of advanced practice nurses. *Int J Health Care Finance Econ*, 4, 271-81.
423. KAPLAN, L. & BROWN, M. A. 2007. The transition of nurse practitioners to changes in prescriptive authority. *J Nurs Scholarsh*, 39, 184-90.
424. KAPLAN-MARCUSAN, A., TORÁN-MONSERRAT, P., MORENO-NAVARRO, J., CASTANY FÀBREGAS, M. J. & MUÑOZ-ORTIZ, L. 2009. Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Serv Res*, 9.
425. KASSNER, E. 2006. Entbindungsstuben in Polen. Elzbieta Kassner hat über die polnischen Entbindungsstuben der Nachkriegszeit als frühe Form von Geburtshäusern recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
426. KAUFMAN, K. 1990. Commentary: midwifery in Ontario. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 17, 144-144.
427. KAUFMAN, K. 1999. A Canadian perspective on Jennifer Sleep's contribution. *British Journal of Midwifery*, 7, 758-759.
428. KAUFMANN, T. 1998. Failures in intrapartum care: midwives respond to CESDI. *RCM Midwives Journal* 1, 342.
429. KEELING, M. 2002. Art and science of midwifery.... Back page: is midwifery an art? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2003 Jan-Feb; 48.
430. KEHRBACH, A., KRAHL, A., BAUER, N. & SAYN- WITTGENSETIN, F. Z. 2007. Prävention ist Beziehung. *Hebammenforum*, 5, 348-353.
431. KEHRBACH, A. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Konzeptionelle Entwicklung innovativer Hebammenausbildung durch Lernortkooperation. *PrinterNet* 9 228-238.
432. KEHRBACH, A. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2007. Studie zum

- Berufsverständnis von Hebammen im Hebammenkreißsaal - Verändert sich die Beziehungsarbeit zwischen Gebärender und Hebamme? *Geburtsh Frauenheilk*, 67, PO_13.
433. KEHRBACH, A. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2008. Exploring a new concept of clinical midwifery care in Germany. *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008* Glasgow: Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.
434. KEHRBACH, A., WEHR, A., HUHN, I. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. 2006. Wissenschaft und Praxis - wie es gehen könnte. *Hebammenforum* 10, 809-812.
435. KEITH, A. B., COBURN, A. F. & MAHONEY, E. 1998. Satisfaction with practice in a rural state: perceptions of nurse practitioners and nurse midwives. *J Am Acad Nurse Pract*, 10, 9-17.
436. KELLY, H., BRADY MARIAN, C. & ENDERBY, P. 2010. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000425/frame.html>.
437. KEMPE, A. & NOORALDIN, F. 1996. The quality of maternal and child health services in Yemen - seen through women's eyes. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
438. KENNEDY, H. P. 1996. The essence of nurse-midwifery care: the woman's story *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
439. KENNEDY, H. P. 2004. Enhancing Delphi research: methods and results. *J Adv Nurs*, 45, 504-11.
440. KENNEDY, H. P. 2005. Reflections on the past and future of midwifery research. *J Midwifery Womens Health*, 50, 110-2.
441. KENNEY, J. 1993. Commentary on Human energy fields and birth: implications for research and practice. *AWHONN's Women's Health Nursing Scan*.
442. KENYON, S., SMYTH, R., RHODES, A., COOPER, S., WILSON, A., FOGARTY, A., MCCANDLISH, R., BROCKLEHURST, P., KING, V. & STEWART, M. 1999. Letters... 'Euphemisms for an obstetric-led agenda' (Br J Midwifery Vol 7(7): 410). *British Journal of Midwifery*, 7, 587-587.
443. KERCKHOFF, A. 2010. Heilende Frauen. [Ärztinnen, Apothekerinnen, Krankenschwestern, Hebammen und Pionierinnen der Naturheilkunde]. Sandmann.
444. KHAN-NEELOFUR, D., GULMEZOGLU, M. & VILLAR, J. 1998. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often: a systematic review of randomised controlled trials (Brief record). *Paediatric and Perinatal Epidemiology* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-11998001949/frame.html>.
445. KILVINGTON, B. 2005. Staffing for Caesarean sections -- action plan for future change. *Journal of Operating Department Practice*, 2, 18-21.
446. KINDLER, H. & GROSSMANN, K. 2002. Der Bedeutung von Vätern auf der Spur. Dr. über neue Ergebnisse aus der Väterforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
447. KIRBY, R. S. 2009. Do differences in accuracy of vital records and hospital discharge data between physician and nurse-midwife attended births

- matter? *Matern Child Health J*, 13, 293-4.
448. KIRKMAN, S. 2000. Reflective practice in midwifery. *MIDIRS Study Day. Hot Topics In Midwifery, Hammersmith Hospital London*, .
449. KISHI, H., TAKAHASHI, K., NAKAJIMA, C., ITAKURA, C. & KATO, N. 1989. [Status and plans for improvement of research systems in midwifery education. A survey]. *Kango Kyoiku*, 30, 70-82.
450. KLEIN, M. 2004. Die Hebamme als Begleiterin beim Übergang zur Elternschaft. *Hebammen Forum*.
451. KLEIN, M. C. 2000. The Quebec midwifery experiment: lessons for Canada. *Can J Public Health*, 91, 5-8.
452. KLENK, M. 2005. Der Hebammenkreißsaal – Wege zur Praxis. *Hebammenforum* 5, 337- 339.
453. KLOMP, T., VAN POPPEL, M., LAZET, J. & DI NISIO, M. 2011. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009351/frame.html>.
454. KNAPE, N. 2007. Blick aus der Vogelperspektive. Nina Knappe schaut auf den Organismus Krankenhaus, der sich stetig wandeln muss. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
455. KNAPE, N. 2007. Du bist das Krankenhaus! Marketing im Kreißsaal. Nina Knappe rät zu einem gut durchdachten Gesamtkonzept, mit dem die Einzelne sich identifizieren kann. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
456. KNAPE, N., HAUBROCK, M. 2007. Economic evaluations in midwifery-led care in Germany. *Journal of Perinatal Medicine* 35, S189.
457. KNAPE, N., HAUBROCK, M. 2007. Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Präventionsforschung. Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeitsanalysen alternativer geburtshilflicher Versorgungsformen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2, 116-117.
458. KNAPE, N. 2010. Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 23.
459. KNAPE, N., HAUBROCK, M., SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & SCHÄFERS, R. 2009. Preferences of pregnant women comparing midwife-led and consultant-led care – First results from a cost-benefit analysis. *9th World Congress of Perinatal Medicine, 24.-28. Oktober 2009*. Berlin: Journal of Perinatal Medicine.
460. KNOPF, M. 2001. Über die Weltkenntnis von Säuglingen. Prof. Dr. Knopf über aktuelle Erkenntnisse aus der Säuglingsforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
461. KNORZ, B., KRAHL, A. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2008. Studie zur Förderung der Inanspruchnahme gesundheitsbildender Maßnahmen für sozial benachteiligte schwangere Frauen und Mädchen - Patienteninformation und -edukation: Geburtsvorbereitung. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, PO_Gyn_03_41.
462. KNORZ, B. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2009. Psychosomatische Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Schwangere durch Hebammen und Familienhebammen - Optimierung der Versorgung durch bedarfsorientierte Unterstützung und Gesundheitsedukation. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, PO_G_06_08.
463. KODKANY, B. S., DERMAN, R. J., GOUDAR, S. S., GELLER, S. E.,

- EDLAVITCH, S. A., NAIK, V. A., PATEL, A., BELLAD, M. B. & PATTED, S. S. 2004. Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India: a joint collaboration between the United States and India. *Int J Fertil Womens Med*, 49, 91-6.
464. KOH, G., BUDGE, D., BUTOW, P., RENISON, B. & WOODGATE PAUL, G. 2005. Audio recordings of consultations with doctors for parents of critically sick babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004502/frame.html>.
465. KOH, T. H. 1999. Combining the two neonatal examinations. Midwives perform a neonatal examination, so was this counted? *BMJ*, 319, 53.
466. KOIVULA, M., TARKKA, M. T., SIMONEN, M., KATAJISTO, J. & SALMINEN, L. 2011. Research utilisation among nursing teachers in Finland: a national survey. *Nurse Educ Today*, 31, 24-30.
467. KOLETZKO, B., BRÖNSTRUP, A., CREMER, M., FLOTHKÖTTER, M., HELLMERS, C., KERSTING, M., KRAWINKEL, M., PRZYREMBEL, H., SCHÄFER, T., VETTER, K., WAHN, U. & WEIßENBO, A. 2010. Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Handlungsempfehlungen - Ein Konsensuspapier im Auftrag des bundesweiten Netzwerk Junge Familie. Infant nutrition and nutrition for breastfeeding mothers. Recommendations - a consensus paper commissioned by the German "Young Families' Network" (Netzwerk Junge Familie). *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158.
468. KOLIP, P. 2005. Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Rundbrief Netzwerk Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen* . Nr. 20, 29-30.
469. KOLIP, P. & VON RAHDEN, O. 2005. Entscheidungskriterien für oder gegen eine Geburt im Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, PO_7_9.
470. KOONG, D., EVANS, S., MAYES, C., MCDONALD, S. & NEWNHAM, J. 1997. A scoring system for the prediction of successful delivery in low-risk birthing units. *Obstet Gynecol*, 89, 654-9.
471. KÖSTER, H. 2011. B-Streptokokken - aktueller Forschungsstand und Perspektiven. *Die Hebamme*.
472. KRAHL, A. 2007. Eltern begleiten- heute und morgen. *Hebammenforum* 5, 344-348.
473. KRAHL, A., SAYN-WITTGENSTEIN, F. ZU. 2009. Interventionsstudie zur Betreuung von Gebärenden in der Latenzphase im Hebammenkreißsaal. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, 213(S1), S. 56.
474. KRAHL, A., BAUER, N. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Neue Pfade der Betreuung gehen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 9, S. 10-13.
475. KRAHL, A. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2008. Potentials of independent midwifery care in Germany. *Abstracts of the International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008 in Glasgow (S. 169-170)*. Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer. Glasgow Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.
476. KRAHL, A. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Midwifery orientating documentation tool to guide the care of women during the early labor period. *9th World Congress of Perinatal Medicine*. Berlin: Journal of

- Perinatal Medicine, 37 (Supplement),.
477. KRAHL, A. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2009. Interventionsstudie zur Betreuung von Gebärenden in der Latenzphase im Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, PO_G_06_09.
 478. KRAUS, N. 1981. What happens to CNMs if there are too many obstetricians in 1990? *J Nurse Midwifery*, 26, 1-4.
 479. KRAUS, N. 1985. Responding to claims and lawsuits. *J Nurse Midwifery*, 30, 347-8.
 480. KRAUSS, S., KIRCHNER, S. 2005. Durch Veränderungen wachsen. *Hebammenforum*, 5, 340- 345.
 481. KRUSKE, S. & BARCLAY, L. 2004. Effect of shifting policies on traditional birth attendant training. *J Midwifery Womens Health*, 49, 306-11.
 482. KVALE, G. 1996. Appropriate technology for low risk parturients in the USA. *In: ICM (ed.) ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 483. KWAST BE, P. P., VERA E ET AL 2008. The modified WHO partograph: do we need a latent phase? *British Journal of Midwifery* 16, 527-532.
 484. LAKHANI, M., HSU, R. & SCHOFIELD, I. 1998. Women's attitudes to the development of midwifery group practices. *Br J Gen Pract*, 48, 1787-8.
 485. LANGE, U. 2009. Warum manche Kinder besser mit belastenden Lebensumständen fertig werden. *Hebamme*, 22, 259,261.
 486. LARKIN V, B. M. 2000. The implications of rest and sleep following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 8, 438-442.
 487. LASCH, V. 2000. Netzwerk Frauengesundheit - Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung ; Länderbericht Bundesrepublik Deutschland. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen.
 488. LAVENDER, T., BRISCOE, L. & BAKER, L. 2003. The evolution and destiny of midwifery research. *British Journal of Midwifery*, 11, S18.
 489. LAVENDER, T., BRISCOE, L. & KINGDON, C. 2004. Conference report. Enhancing clients' rights and quality of care. *British Journal of Midwifery*, 12, 142-143.
 490. LAVENDER, T., RENFREW, M., WOOLRIDGE, M., GREEN, J., MCMILLAN, B., HIRST, J., BASTON, H., BICK, D. & WALSH, D. 1999. Letters... 'Euphemisms for an obstetric-led agenda' (*Br J Midwifery* Vol 7(7): 410). *British Journal of Midwifery*, 7, 523-524.
 491. LEDWARD, A. & JONES, S. 2005. Introduction to ethics. *RCM Midwives*, 8, 163.
 492. LEE, K. H. 2003. Improving the standards of midwifery education and practice and extending the role of a midwife in Korean women and children's health care. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33, 1111-8.
 493. LEEFSMA, M. Paradoxes in and around Israeli midwifery. *In: ICM, ed. The art and science of midwifery gives birth to a better future*, 1996 Oslo. london: ICM, 195-197.
 494. LEEFSMA, M. 1996. Paradoxes in and around Israeli midwifery. *In: ICM (ed.) ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 495. LEENERS, B., MOECK, E. & RATH, W. 2001. Forschungsprojekt: Sexualität in der Schwangerschaft. *Die Hebamme*.
 496. LEHRMAN, E. J. & PAINE, L. L. 1990. Trends in nurse-midwifery. Results of the 1988 ACNM Division of Research Mini-Survey. *J Nurse Midwifery*, 35, 192-203.

497. LENNOX, C. E. & KWAST, B. E. 1995. The partograph in community obstetrics. *Trop Doct*, 25, 56-63.
498. LEPPERT, P. C. 1993. An analysis of the reasons for Japan's low infant mortality rate. *J Nurse Midwifery*, 38, 353-7.
499. LESLIE, M. 2008. Hope in hard times. *Journal of Perinatal Education*, 17, 7-10.
500. LEVY, B. S., WILKINSON, F. S. & MARINE, W. M. 2005. Reducing neonatal mortality rate with nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*, 50, e10-8.
501. LEWIN, S., MUNABI-BABIGUMIRA, S., GLENTON, C., DANIELS, K., BOSCH-CAPBLANCH, X., VAN WYK BRIAN, E., ODGAARD-JENSEN, J., JOHANSEN, M., AJA GODWIN, N., ZWARENSTEIN, M. & SCHEEL INGER, B. 2010. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004015/frame.html>.
502. LIABSUETRAKUL, T., CHOOBUN, T., PEEYANANJARASSRI, K. & ISLAM, Q. M. 2007. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005456/frame.html>.
503. LINDSAY, B. 2004. Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability? *J Adv Nurs*, 45, 84-94.
504. LISTER, P. 1997. The art of nursing in a 'postmodern' context. *J Adv Nurs*, 25.
505. LOCICERO, A. K. 1993. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. *Soc Sci Med*, 37, 1261-9.
506. LOGAN, P. 1997. Collecting the Newborn Screening Test (NST), via the heel prick. *Aust Coll Midwives Inc J*, 10, 18-9.
507. LOGAN, P. W. 1999. Venepuncture versus heel prick for the collection of the Newborn Screening Test. *Aust J Adv Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/512/CN-00296512/frame.html>.
508. LOPEZ, L. M., HILLER, J. E. & GRIMES, D. A. 2010. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*.
509. LOYTVED, C. 2001. Perinatalerhebung für außerklinische Geburten 2000. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 42-45.
510. LOYTVED, C. 2002. Frauen zur Schule geschickt: Hebammenschule im 18. Jahrhundert. *Die Hebamme*, 2, 113-116.
511. LOYTVED, C. 2003. Aufgegeben oder abgenommen? Kompetenzverlust in der Hebammenausbildung. *Hebammenforum* 322-327.
512. LOYTVED, C. 2003. Sind die Risikokriterien in der Schwangerenvorsorge ein gute Einschätzungshilfe für die Geburt. *Die Hebamme* 80-84.
513. LOYTVED, C. 2004. Freiberuflich oder angestellt? Anforderungen an die Hebammenarbeit von morgen. *Dr. med. Mabuse*, 26-29.
514. LOYTVED, C. 2004. Geduld in der Geburtshilfe aus historischer Perspektive. *Hebamme*, 17, 18,21.
515. LOYTVED, C. 2005. Der Qualitätsbericht 2003 ist da. Die wichtigsten Ergebnisse auf einen Blick. *Hebammen-Info* 14-15.
516. LOYTVED, C. 2005. Die Hebamme im Gesundheitssystem 2005. *Hebamme*,

- 18, 6, 10.
517. LOYTVED, C. 2006. Lasst Mütter sprechen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 56-60.
 518. LOYTVED, C. 2006. Out-Of-Hospital Birth in Germany. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
 519. LOYTVED, C. 2009. Qualitätsmerkmale außerklinischer Geburtshilfe. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
 520. LOYTVED, C., BOSCH, C., BERGER, C. & GUTJAHR, K. 2009. Was meinte Naegele mit seiner Regel? *Hebamme*, 22, 142, 148.
 521. LOYTVED, C. & HELLMERS, C. 2010. Bezeichnung des Gestationsalters. "Ich bin in der 41. Woche." *Hebammenforum*, 11, S. 114-117.
 522. LOYTVED, C., KNAPE, N. & WIEMER, A. 2006. Vom Kunststück die richtige Vergleichsgruppe zu finden. *Hebammenforum* 946-952.
 523. LOYTVED, C., RÖHNISCH, S., HELLMERS, C. & SCHÜCKING, B. 2009. Perinatale Sterblichkeit in Europa. *Hebamme*, 22, 102, 104.
 524. LOYTVED, C., SCHUECKING, B. & WIEMER, A. 2010. Post term in out- of-hospital -birth: a problem? *Archives of Gynecology and Obstetrics* 282, S 88.
 525. LOYTVED, C., STIEFEL, A., RÖBEN, S. & HELLMERS, C. 2009. In 280 Tagen zur Geburt? *Hebammenforum*, 10, S. 708-713.
 526. LOYTVED, C., WIEMER, A. & WENZLAFF, P. 2009. Safety of out-of-hospital birth: results of 42,154 births started at home or in a birth center over a 5-year period in Germany. *Journal of Perinatal Medicine Issue*, 37, 477.
 527. LUBIC, R. W. 1975. Developing maternity services women will trust. *Am J Nurs*, 75, 1685-8, 1714.
 528. LUBIC, R. W. & ERNST, E. K. 1978. The childbearing center: an alternative to conventional care. *Nurs Outlook*, 26, 754-60.
 529. LUGINA, H., MLAY, R., SMITH, H. & LAVENDER, T. 2002. Evidence-based midwifery in action. Africa Midwives Research Network. *British Journal of Midwifery*, 10, 451-454.
 530. LUTHER, B. 2006. Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung - ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufs Anforderung. Shaker.
 531. LUTHER, B. 2007. Die Rolle der Lehrenden in der Hebammenausbildung. Ein Bindeglied zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und sich wandelnder Berufs Anforderung. *PR-InterNET*.
 532. LUYBEN, A. 2006. Pränatale Betreuung: Was brauchen schwangere Frauen? NZL
 533. LUYBEN, A. 2008. Der Mutter eine Mutter sein. NZL
 534. LYNN, D. E. 2001. Effects of temperature on the susceptibility of insect cells to infection by baculoviruses. *Methods Cell Sci.* 2002/12/18 ed.
 535. LYONS, J. 1999. Reflective education for professional practice: discovering knowledge from experience. *Nurse Educ Today*, 19, 29-34.
 536. MACDONALD, M. & BOURGEAULT, I. L. 2000. The politics of representation: doing and writing "interested" research on midwifery. *Resour Fem Res*, 28, 151-68.
 537. MACEACHERN, L. 2003. Providers issue brief: scope of practice and prescriptive authority: year end report-2003. *Issue Brief Health Policy Track Serv*, 1-29.
 538. MACKAY, L., KILBRIDE, L., HILL GORDON, W. J., CHARLTON, J.,

- ADAMSON KAREN, A. & AITKEN, G. 2010. Hormone replacement therapy for women with type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008613/frame.html>.
539. MACKETH, N. 1995. The hurdles of direct entry. *Mod Midwife*, 5, 24-6.
540. MACLEAN, G. D. & BOWDEN, H. I. 1989. Developing a midwifery workload management system: a preliminary report. *Midwifery*, 5, 172-81.
541. MADDEN, K., MIDDLETON, P., CYNA ALLAN, M. & MATTHEWSON, M. 2011. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009356/frame.html>.
542. MAGGS, C. 1996. Towards a philosophy of continuing professional education in nursing, midwifery and health visiting. *Nurse Educ Today*, 16, 98-102.
543. MAIJALA, H., PAAVILAINEN, E. & ASTEDT-KURKI, P. 2003. The use of grounded theory to study interaction. *Nurse Res*, 11, 40-57.
544. MAIN, D. M., MAIN, E. K. & MOORE II, D. H. 2000. The relationship between maternal age and uterine dysfunction: A continuous effect throughout reproductive life. *Am J Obstet Gynecol*, 182, 1312-1320.
545. MAKOWSKY, K. 2010. Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen : Familienhebammenbetreuung als ergänzendes Angebot der ambulanten. *Psychiatrische Pflege heute : Fachzeitschrift für die psychiatrische Pflege*, 16.
546. MAKOWSKY, K., SCHÜCKING, B. 2010. Vernetzt. Familienhebammen im System Früher Hilfen. *Dr. Med. Mabuse. Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe Mabuse Verlag. Frankfurt am Main.* , Mai/Juni 2010, 52-54.
547. MAKOWSKY, K. & SCHÜCKING, B. 2006. Influencing Factors on Health and Well-Being of Obese Women Round Childbirth. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
548. MAKOWSKY, K. & SCHÜCKING, B. 2009. Umgang mit Übergewicht und Adipositas im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung. *Geburtsh Frauenheilk*, 69, A004.
549. MAKOWSKY, K. & SCHÜCKING, B. 2010. Familienhebammen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 1080-1088.
550. MAKOWSKY, K. & SCHÜCKING, B. 2010. Familienhebammenbetreuung als ergänzendes Angebot der Ambulanten Psychiatrischen Pflege. Geburtshilfliche Versorgung und Begleitung psychisch kranker Frauen. *Psych. Pflege Heute*.
551. MAKOWSKY, K. & SCHUECKING, B. 2010. Familienhebammen: Subjektive Auswirkungen auf die kindliche und mütterliche Gesundheit aus der Perspektive begleiteter Mütter. *Bundesgesundheitsblatt*.
552. MAKOWSKY, K. & SCHUECKING, B. 2010. How do family midwives positively influence the health and well-being of (expectant) mothers in stressful psychosocial circumstances? *European Society for Health and Medical Sociology (Final Programme)* p 16.
553. MANASYAN, A., CHOMBA, E., MCCLURE, E. M., WRIGHT, L. L., KRZYWANSKI, S. & CARLO, W. A. 2011. Cost-effectiveness of essential

- newborn care training in urban first-level facilities. *Pediatrics*, 127, e1176-81.
554. MANDER, R. 1989. Who continue? A preliminary examination of data on continuation of employment in midwifery. *Midwifery*, 5, 26-35.
555. MANDER, R. 1992. Seeking approval for research access: the gatekeeper's role in facilitating a study of the care of the relinquishing mother. *J Adv Nurs*, 17, 1460-4.
556. MANDER R, M. H. 2007. Birth settings and pain control trends among women in Finland. *British Journal of Midwifery*, 13, 504-509.
557. MÄNDLE, C. & OPITZ-KREUTER, S. 2007. Das Hebammenbuch. *Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. Schattauer.
558. MÄNDLE, C., OPITZ-KREUTER, S. & WEHLING, A. 2000. Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Schattauer.
559. MÄNDLE, C., OPITZ-KREUTER, S. & WEHLING, A. 2003. Das Hebammenbuch -Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe. Schattauer.
560. MANN, R. J. 1981. San Francisco General Hospital nurse-midwifery practice: the first thousand births. *Am J Obstet Gynecol*, 140, 676-82.
561. MANNING, D., JAMES, C., BIRCH, L. & AL, E. 2007. Sudden unexplained infant death and unexplained stillbirth in Wirral. *British Journal of Midwifery* 15, 95-97.
562. MARCHANT, S. & ALEXANDER, J. 1996. Midwives' assessment of postnatal uterine involution - is it of value? In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
563. MASON, D. J. 1999. Turf battles. *Am J Nurs*, 99, 7.
564. MATAR, H. E., ALMERIE, M. Q., ALSABBAGH, M., JAWOOSH, M., ALMERIE, Y., ABDULSALAM, A. & DULEY, L. 2010. Policies for care during the third stage of labour: a survey of maternity units in Syria. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 32.
565. MATTERNE, A. & GROß, M. M. 2005. Sexualität im Übergang zur Elternschaft. *Hebamme*, 18, 94,100.
566. MATTHEWS, A. & SCOTT, P. A. 2008. Perspectives on midwifery power: an exploration of the findings of the inquiry into peripartum hysterectomy at Our Lady of Lourdes Hospital, Drogheda, Ireland. *Nurs Inq*, 15, 127-34.
567. MAVALANKAR, D., VORA, K. & PRAKASAMMA, M. 2008. Achieving Millennium Development Goal 5: is India serious? *Bull World Health Organ*, 86, 243-243A.
568. MAYHEW, M., HANSEN, P. M., PETERS, D. H., EDWARD, A., SINGH, L. P., DWIVEDI, V., MASHKOOR, A. & BURNHAM, G. 2008. Determinants of skilled birth attendant utilization in Afghanistan: a cross-sectional study. *Am J Public Health*, 98, 1849-56.
569. MAYO, L. 2001. A sound remedy? A new treatment for 'morning sickness'. *Pract Midwife*, 4, 16-7.
570. MAZZOCCO, W. J., JR. 1998. Use of non-physician practitioners. *Pa Med*, 101, 17-9.
571. MCALLISTER, M., MOYLE, W. & ISELIN, G. 2006. Solution focused nursing: an evaluation of current practice. *Nurse Educ Today*, 26, 439-47.
572. MCCLURG, D., HAGEN, S. & DICKINSON, L. 2011. Abdominal massage for the treatment of constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD0090>

- 89/frame.html.
573. MCCOOL, W. 1996. Cross-cultural measures of the relations between - stress, anxiety, and labor and delivery outcomes. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
574. MCCOOL, W. F. 1994. Barriers to breast cancer screening in older women. A review. *J Nurse Midwifery*, 39, 283-99.
575. MCCRAW, R. K. 1989. Recent innovations in childbirth. Dangerous proposals, harmless fads, or wave of the future? *J Nurse Midwifery*, 34.
576. MCDONALD, L. 1999. Group B strep screening. *Midwifery Today Int Midwife*, 44-6.
577. MCDONALD, S. 1996. Timing of interventions in the third stage of labour. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
578. MCGEOUGH, E., POLLOCK, A., SMITH LORRAINE, N., DENNIS, M., SHARPE, M., LEWIS, S. & MEAD GILLIAN, E. 2009. Interventions for post-stroke fatigue. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007030/frame.html>.
579. MCGOWAN, A., HAMILTON, S., BARNETT, D., NSOFOR, M., PROUDFOOT, J. & TAPPIN, D. M. 2010. 'Breathe': the stop smoking service for pregnant women in Glasgow. *Midwifery*, 26, e1-e13.
580. MCGOWAN, I., SINCLAIR, M. & OWENS, M. 2007. Maternal suicide: rates and trends. *RCM Midwives*, 10.
581. MCINNES, E., JAMMALI-BLASI, A., BELL-SYER SALLY, E. M., DUMVILLE JO, C. & CULLUM, N. 2011. Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001735/frame.html>.
582. MCINTOSH, E., BARLOW, J., DAVIS, H. & STEWART-BROWN, S. 2009. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention (Structured abstract). *Journal of Public Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22009103528/frame.html>.
583. MCKEE, M., PRIEST, P., GINZLER, M. & BLACK, N. 1992. Can out-of-hours work by junior doctors in obstetrics be reduced? *Br J Obstet Gynaecol*, 99, 197-202.
584. MCKINLEY, A. 2004. Health care providers and facilities issue brief: scope of practice and prescriptive authority: year end report-2004. *Issue Brief Health Policy Track Serv*, 1-13.
585. MCLEAN, M. T. 1993. Gestational diabetes: the reality. *Midwifery Today Childbirth Educ*, 11.
586. MCLOUGHLIN, A. 1997. The 'F' factor: feminism forsaken? *Nurse Educ Today*, 17, 111-4.
587. MEAD, M. 1995. Research. A professional responsibility. *Midwives*, 108, 322.
588. MENELLI, S. & SMITH, A. 2006. The business of birthing: the write way to more clients. *Midwifery Today Int Midwife*, 9, 61.
589. MENENDEZ, C., TODD, J., ALONSO, P. L., LULAT, S., FRANCIS, N. & GREENWOOD, B. M. 1994. Malaria chemoprophylaxis, infection of the

- placenta and birth weight in Gambian primigravidae. *J Trop Med Hyg*, 97, 244-8.
590. MESKELL, P., MURPHY, K. & SHAW, D. 2009. The clinical role of lecturers in nursing in Ireland: perceptions from key stakeholder groups in nurse education on the role. *Nurse Educ Today*, 29, 784-90.
591. MICHELSEN, C., SCHLING, S. & GROSS, M. 2010. Models of midwifery care in Germany. *Archives of Gynecology and Obstetrics*
592. MILLS, M., BLACK, A., CAMPBELL, A., CARDWELL CHRIS, R., GALWAY, K. & DONNELLY, M. 2009. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007730/frame.html>.
593. MITCHELL, M. & SALMON, D. 1999. Professional issues. Involving the user in midwifery research. *British Journal of Midwifery*, 7, 389-393.
594. MM, S. C. W. P. H. H. G. 2005. Prozessorientierte Qualitätssicherung während der Betreuung von Gebärenden. *Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, NPEXtra 2004* Zwickau: Verlag Wissenschaftliche Scripten - Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.)
595. MOELLER, K. V., LOYTVED, C. & SCHÜCKING, B. 2007. Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, PO_01_14.
596. MOELLER, K. V., LOYTVED, C. & SCHÜCKING, B. 2008. Schwangerschaftsgewicht und Outcome. *Gesundheitswesen*.
597. MOELLER, K. V., LOYTVED, C. & SCHÜCKING, B. 2008. Schwangerschaftsgewicht und Wohlbefinden. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, PO_Geb_04_26.
598. MOELLER, K. V., SCHÜCKING, B. & LOYTVED, C. 2011. Prägravid BMI und Gewichtszunahme in der Schwangerschaft. *Gesundheitswesen*, 73, A372.
599. MOLLART, L. 2003. Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. *Complementary therapies in nursing & midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/833/CN-00453833/frame.html>.
600. MOONEY B. & TIMMINS F. 2007. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Educ Pract*, 7, 275-84.
601. MOORE, K. N., FADER, M. & GETLIFFE, K. 2007. Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006008/frame.html>.
602. MOORE, S. 1994. Fetus eggs *MIDIRS Midwifery Digest - Journal article - vol 4, no 4, December 1994, p 491*, 491.
603. MOORE, S. 1994. Wet soils linked to infant deaths. *MIDIRS Midwifery Digest*, 4, 240.
604. MOORE, S. 1995. Cot death fury *MIDIRS Midwifery Digest*, 5, 111.
605. MOORE, S. 1995. Enquiry into baby deaths (News from Parliament). *DIRS Midwifery Digest*, 5, 233.

606. MOORE, S. 1995. GPs criticised *MIDIRS Midwifery Digest* 5, 233.
607. MOORE, S. 1996. Research funds (News from Parliament). *MIDIRS Midwifery Digest* 6, 237.
608. MOORE ZENA, E. H. & WEBSTER, J. 2011. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009362/frame.html>.
609. MORRALL, D. 1994. A national thesaurus. *Mod Midwife*, 4, 31.
610. MORRELL, C. J., SPIBY, H., STEWART, P., WALTERS, S. & MORGAN, A. 2000. Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial (Structured abstract). *BMJ* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22000008262/frame.html>.
611. MORRIS, J., MEYER, C., FATHALLA, M. M., YOUSSEF, M. M., AL-HUSSAINI, T. K., CAMLIN, C. & MILLER, S. 2011. Treating uterine atony with the nonpneumatic anti-shock garment in Egypt *African Journal of Midwifery and Women's Health* 5, 37 - 42.
612. MORRIS-THOMPSON, P. 1992. Consumers, continuity and control. *Nurs Times*, 88, 29-31.
613. MOSELEY, A. M., STARK, A., CAMERON, I. D. & POLLOCK, A. 2005. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002840/frame.html>.
614. MOSELEY, R. & BELL, C. 1991. Prenatal screening for illegal drugs. Dilemma for the nurse-midwife. *J Nurse Midwifery*, 36, 245-8.
615. MUDOKWENY, U. & RAWDON, C. 1996. Midwives' and mothers' perceptions of perinatal bereavement care in Zimbabwe. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
616. MUDOKWENYU-RAWDON, C. & NIKARAWU, R. 2001. Africa Midwives Research Network: Christina Mudokwenyu-Rawdon & Rebecca Nikarawu report on an initiative in action-oriented research or evidence-based practice. *International Midwifery*, 14, 8-9.
617. MURPHY, C. A., CUPPLES, M. E., PERCY, A., HALLIDAY, H. L. & STEWART, M. C. 2008. Peer-mentoring for first-time mothers from areas of socio-economic disadvantage: a qualitative study within a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 8, 46.
618. MURPHY, P. A. 1992. Clinical epidemiology. Applying science to the art of nurse-midwifery. *J Nurse Midwifery*, 37, 219-21.
619. MURPHY, P. A. 1994. Risk, risk assessment, and risk labels. *J Nurse Midwifery*, 39, 67-9.
620. MURPHY, P. A. 1995. Primary care for women. Screening tests and preventive services recommendations. *J Nurse Midwifery*, 40, 74-87.
621. MURPHY, P. A. 2007. Midwifery research: rights and responsibilities. *J Midwifery Womens Health*, 52, 93-4.
622. MURPHY, P. A. 2011. Evidence-based practice: what evidence counts? *J Midwifery Womens Health*, 56, 323-4.
623. MURPHY-BLACK, R. 1987. Research issues: developments in midwifery research... part 2. *Senior Nurse*, 6, 7-7.

624. MURPHY-BLACK, T. 1992. Systems of midwifery care in use in Scotland. *Midwifery*, 8, 113-24.
625. MUTHU, V. & FISCHBACHER, C. 2004. Free-standing midwife-led maternity units: a safe and effective alternative to hospital delivery for low-risk women? (Structured abstract). *Evidence-Based Healthcare and Public Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12005008076/frame.html>.
626. NAGJI N, W. B. 2010. Persistent organic contaminants in human milk. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice - Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme*, 9, pp 6-25.
627. NASH, J. 1997. Re: Letter to the editor, Dr Nick Silberstein ACMI Journal Sept 1997, Vol 10, No. 3, p5. *Aust Coll Midwives Inc J*, 10, 20.
628. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH. 2008. Guidance for midwives, health visitors, pharmacists and other primary care services to improve the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households (Structured abstract). *London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32011000443/frame.html>.
629. NAY, R. 2003. Evidence-based practice: does it benefit older people and gerontic nursing? *Geriatr Nurs*, 24, 338-42.
630. NEHLSSEN, E. 2011. Neues zur Stilldauer: "Wie gut ist die Evidenz?" Erika Nehlsen kommentiert einen Artikel einer Londoner Forschergruppe. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
631. NEILE, E. E. 1996. Investigating midwifery education in a multiracial and multicultural society. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
632. NICHOLL, H. & HIGGINS, A. 2004. Reflection in preregistration nursing curricula. *J Adv Nurs*, 46.
633. NIESSEN, K. 2010. Gestärkte Mütter, starke Bindung Karin Niessen hat über Betreuungsstrategien von Hebammen vor dem Hintergrund der Bindungstheorie geforscht. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
634. NISIKAWA, M. 1990. [Anthropological research method. Research and the process about "modern midwives"]. *Kango Kenkyu*, 23, 229-39.
635. NOLTE, A. 1996. Traditional birth attendants in South Africa. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
636. NORMAN, I. & GRIFFITHS, P. 2007. '... And midwifery': time for a parting of the ways or a closer union with nursing? *Int J Nurs Stud*, 44, 521-2.
637. NOWOTZEK, A., HECKER, H., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2007. Vergleich zwischen geburtshilflich-anästhesiologischen Klinikprofilen in Niedersachsen und anästhesiologischen Angaben in der ProGeb-Studie. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, P28.
638. NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL 2008-2009. Supervision, support and safety: analysis of the 2008-09 Local Supervising Authority Annual Reports to the Nursing and Midwifery Council. In: COUNCIL, N. A. M. (ed.) *Supervision, support and safety*.
639. OBLASSER, C. 2005. Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Österreichische Hebammenzeitung* 3, 20-21.
640. O'DOWD, A. 2000. Staff crisis hits natural births. *Nursing Times* 96, p 4.
641. OLSEN, L. 1979. Portrait of nurse-midwifery patients in a private practice. *J*

- Nurse Midwifery*, 24, 10-7.
642. OLSON, O. 1996. The role of science in midwifery and obstetrics. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 643. OLSSON, A., ROBERTSON, E., FALK, K. & NISSEN, E. 2011. Assessing women's sexual life after childbirth: the role of the postnatal check. *Midwifery*, 27, 195-202.
 644. OPARA, E. I. & ZAIDI, J. 2007. The interpretation and clinical application of the word 'parity': a survey. *BJOG*, 114, 1295-7.
 645. ORLIKOWSKI, C. E., DICKINSON, J. E., PAECH, M. J., MCDONALD, S. J. & NATHAN, E. 2006. Intrapartum analgesia and its association with post-partum back pain and headache in nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 46, 395-401.
 646. ORMANDY, P. 2011. Defining information need in health - assimilating complex theories derived from information science. *Health Expect*, 14, 92-104.
 647. OTT-GMELCH, J. „Zwischen Tradition und Moderne“ - Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. *HEBAMMENinfo*, 3, S. 28-32.
 648. OVERMAN, B. 1994. Lessons from the Tao for birthing practice. *J Holist Nurs*, 12, 142-7.
 649. OZGOLI, G., DOLATIAN, M., OZGOLI, M. & KHUSHABI, K. 2008. Alterations in sexual drive during pregnancy in women referring to hospitals affiliated to Shaheed Beheshti Medical University [Farsi]. *Journal of Nursing & Midwifery*, 18, 1p.
 650. PAINE, L. L. 2001. It's time to "think different" about the art and science of midwifery. *J Midwifery Womens Health*, 46, 1-1.
 651. PAINE, L. L. 2001. Weaving the art and science of midwifery: "oh, had I a golden thread...". *J Midwifery Womens Health*, 46, 2-2.
 652. PAINE, L. L., BARGER, M. K., MARCHESE, T. & RORIE, J. A. 1995. Primary care for women. An overview of the role of the nurse-midwife. *J Nurse Midwifery*, 40, 65-73.
 653. PAINE, L. L., GREENER, D. L. & STROBINO, D. M. 1988. Birth registration: nurse-midwifery roles and responsibilities. *J Nurse Midwifery*, 33, 107-14.
 654. PALLES, K. 2008. Advancing maternal age: a risk indicator or a risk factor for primiparous women in childbearing? A systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest (2008)*, 18, 7-18.
 655. PALM, R. & BAUER, N. 2006. Expertenstandards. *Hebammenforum* 7, 558-559.
 656. PALM, R., SCHMIDT, S. & BARTHOLOMEYCZIK, S. 2007. Work- Family-conflict bei Pflegenden im Krankenhaus. Sekundäranalyse einer Teilstichprobe aus dem Forschungsprojekt "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus". *PrinterNet* 9, 314-320.
 657. PARISAEI, M., HARRINGTON, K. F. & ERSKINE, K. J. 2011. Maternal satisfaction and acceptability of foetal electrocardiographic (STAN(R)) monitoring system. *Arch Gynecol Obstet*, 283, 31-5.
 658. PARKER, J. D. 1994. Ethnic differences in midwife-attended US births. *Am J Public Health*, 84, 1139-41.
 659. PASHA, O., GOLDENBERG, R. L., MCCLURE, E. M., SALEEM, S., GOUDAR, S. S., ALTHABE, F., PATEL, A., ESAMAI, F., GARCES, A., CHOMBA, E., MAZARIEGOS, M., KODKANY, B., BELIZAN, J. M., DERMAN, R. J., HIBBERD, P. L., CARLO, W. A., LIECHTY, E. A.,

- HAMBIDGE, K. M., BUEKENS, P., WALLACE, D., HOWARD-GRABMAN, L., STALLS, S., KOSO-THOMAS, M., JOBE, A. H. & WRIGHT, L. L. 2010. Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn care (the Global Network's EmONC trial). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010/12/16 ed.
660. PEATE, I. 2005. Male obesity: a gender-specific approach to nurse management. *Br J Nurs*, 14, 134-8.
661. PETERSEN, A., AYERLE, G. M., FRÖMKE, C., HECKER, H. & GROSS, M. M. 2011. The timing of interventions during labour: descriptive results of a longitudinal study. *Midwifery*.
662. PETERSEN, A., DROBNIČ, S., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2009. Der Interventionskaskade auf der Spur - Wie lange dauern die Intervalle zwischen Geburtsbeginn, intrapartalen Interventionen und der Geburt? *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_H_04_03.
663. PETERSEN, A., POETTER, U., HILLEMANN, P. & GROSS, M. 2009. Are there any factors predicting amniotomy as the first intervention during labor? *J Perinat Med.* , 37, 655-721.
664. PETERSEN, A., POETTER, U., HILLEMANN, P. & GROSS, M. 2009. Epidural analgesia as the first intervention during labor is associated with a risk profile in pregnant women. *J Perinat Med.* , 37, 655-721.
665. PETERSEN, A., POETTER, U., HILLEMANN, P. & GROSS, M. 2009. Modelling the cascade of interventions. *J Perinat Med*.
666. PETERSEN, A., POETTER, U., HILLEMANN, P. & GROSS, M. 2009. Predisposing factors for oxytocin augmentation as the first intervention during labor. *J Perinat Med.* , 37, 655-721.
667. PETTY, R. 1978. Home birth movement showing signs of growth, 'respectability'. *Am Med News*, 21, 13.
668. PISANI, P., PARKIN, D. M., NGELANGEL, C., ESTEBAN, D., GIBSON, L., MUNSON, M., REYES, M. G. & LAUDICO, A. 2006. Outcome of screening by clinical examination of the breast in a trial in the Philippines. *Int J Cancer*, 118, 149-54.
669. PLOTNICK, J. & PRESLER, B. 1996. Rugged individualism and compassion: the foundation of public policy. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 21.
670. POLLOCK, A., BAER, G., POMEROY, V. M. & LANGHORNE, P. 2007. Physiotherapy treatment approaches for the recovery of postural control and lower limb function following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001920/frame.html>.
671. POLLOCK, A., HAZELTON, C., HENDERSON, C. A., ANGILLEY, J., DHILLON, B., LANGHORNE, P., LIVINGSTONE, K., MUNRO FRANK, A., ORR, H., ROWE FIONA, J. & SHAHANI, U. 2010. Interventions for age-related visual problems in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD008390/frame.html>.
672. POLLOCK, A., HAZELTON, C., HENDERSON, C. A., ANGILLEY, J., DHILLON, B., LANGHORNE, P., LIVINGSTONE, K., MUNRO FRANK, A., ORR, H., ROWE FIONA, J. & SHAHANI, U. 2011. Interventions for

- disorders of eye movement in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD008389/frame.html>.
673. POLLOCK, A., HAZELTON, C., HENDERSON, C. A., ANGILLEY, J., DHILLON, B., LANGHORNE, P., LIVINGSTONE, K., MUNRO FRANK, A., ORR, H., ROWE FIONA, J. & SHAHANI, U. 2011. Interventions for visual field defects in patients with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD008388/frame.html>.
674. POMEROY, V. M., KING, L. M., POLLOCK, A., BAILY-HALLAM, A. & LANGHORNE, P. 2006. Electrostimulation for promoting recovery of movement or functional ability after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003241/frame.html>.
675. PRAH, C. Midwifery education research and leadership "continuing education in midwifery practice". In: ICM, ed. ICM 24th Triennale Congress, 1996 Oslo.
676. PREISSNER, I. 2011. Ausbildung und Forschung. "Selbstorganisiertes Lernen" in der Hebammenausbildung. *Die Hebamme*.
677. PRENER, A., HSIEH, C. C., ENGHOLM, G., TRICHOPOULOS, D. & JENSEN, O. M. 1992. Birth order and risk of testicular cancer. *Cancer Causes Control*, 3, 265-72.
678. PRESCOTT, P. A. 1994. Cost-effective primary care providers. An important component of health care reform. *Int J Technol Assess Health Care*, 10, 249-57.
679. PRICE, G. 2010. Caesarean study backs RCM standpoint.
680. PRICHARD K, O. B. A., HODGEN J 1995. Third stage of labour. Outcomes of physiological third stage of labour care in the homebirth setting (November 1991). *New Zealand College of Midwives Journal* 12.
681. PRIEST, H. M. 1999. Psychological care in nursing education and practice: a search for definition and dimensions. *Nurse Educ Today*, 19, 71-8.
682. PROCTOR, S. & INGLIS, S. 2000. Research into practice -- do we keep secrets? *RCM Midwives Journal*, 3, 168-168.
683. PRZYREMBEL, H. 2005. Zehn Jahre Nationale Stillkommission. Prof. Dr. Hildegard Przyrembel über die Aufgaben der Stillkommission nach einem Jahrzehnt Forschung und Aufklärung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
684. PURDY, M. 1997. Humanist ideology and nurse education. I. Humanist educational theory. *Nurse Educ Today*, 17, 192-5.
685. QIU, L., LIN, J., MA, Y., WU, W., ZHOU, A., SHI, W., LEE, A. & BINNS, C. Improving the maternal mortality ratio in Zhejiang Province, China, 1988-2008.
686. QUIRK, M. & CASEY, L. 1995. Primary care for women. The art of interviewing. *J Nurse Midwifery*, 40, 97-103.
687. RACINET, C., GUYOT, F., ROBERT, Y., FAVIER, M. & FRANCO, A. 1994. [Home care services and postnatal care. The experience in Grenoble (1985-1993)]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* [Online]. Available:

- <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/465/CN-00107465/frame.html>.
688. RADTKE, K., KÖHLER, L., FISCHER, V., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2009. Vom EU-Projekt zur Verwirklichung des Europäischen Masterstudiengangs für Hebammenwissenschaft. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_H_04_04.
 689. RAFFERTY, A. M., TRAYNOR, M., THOMPSON, D. R., ILOTT, I. & WHITE, E. 2003. Research in nursing, midwifery, and the allied health professions. *BMJ*, 326, 833-4.
 690. RAHDEN, O. V. 2005. Eine Alternative in der klinischen Geburtshilfe in Deutschland. *Hebammenforum* 5, 333-336.
 691. RAHDEN, O. V. 2006. Der Hebammenkreißaal- eine geburtshilfliche Alternative. *IPP Info* 2, 9.
 692. RAHDEN, O. V. & KOLIP, P. 2006. Der Hebammenkreißaal. *Dr. med. Mabuse*, 50, 13-14.
 693. RAHDEN, O. V. & KOLIP, P. 2006. Der Hebammenkreißaal. Eine geburtshilfliche Alternative in der Klinik. *Impulse. Rundbriefe der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Niedersachsen e.V.*, 50 13-14.
 694. RAHIMY, M. C., GANGBO, A., AHOIGNAN, G. & ALIHONOU, E. 2009. Newborn screening for sickle cell disease in the Republic of Benin. *J Clin Pathol*, 62, 46-8.
 695. RAKOS, L. 2008. Hebammen von Anfang an *Österreichische Hebammenzeitung*, 2, S. 7-9.
 696. RAMSAYER, B. 2011. Auswertung zur klinischen Geburtshilfe: Interventionen im Fokus. Beate Ramsayer stellt die Daten des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsforschung und Forschung im Gesundheitswesen vor. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
 697. RAMSAYER, B., GROß, M. & FLEMING, V. 2008. EU-Hebammenstudium mit Masterabschluss. Über ein europäisches Kooperationsprojekt. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, -.
 698. RAN, P., SCHÜCKING, B., SIEDENTOPF, F. & KENTENICH, H. 2001. Die Wunschsection. Prävention von Beckenboden- und Genitaldefekten - oder medizinisch fragwürdig? Elective caesarean section. Prevention of pelvic floor and genital defects - or of questionable medical value? *Gynäkologische Praxis*, 25.
 699. RAUH, K., AMANN-GASSNER, U. & HAUNER, H. 2011. Adipositas und Schwangerschaft - aktueller Forschungsstand. *Die Hebamme*.
 700. RECHT, P. R. & BREUNER, K. L. 1993. Scope of nursing practice and business relationships between nurses and physicians in California: Part 1. *Nurse Anesth*, 4, 118-24.
 701. REEDY, N. J. 1979. Nurse-midwife in complicated obstetrics: trend or treason? *J Nurse Midwifery*, 24, 11-7.
 702. REGAN, W. A. 1981. Midwifery: outside nursing scope. Case in point: Leggett v. Tennessee Bd. of Nursing (612 S.W. 2d 476 - TENN.). *Regan Rep Nurs Law*, 21, 2.
 703. REID, J., DONNELLY, M., CANTWELL, M., CARDWELL CHRIS, R., MILLS, M. & MURRAY LIAM, J. 2010. Thalidomide for managing cancer cachexia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD0086>

- 64/frame.html.
704. REID, L. 1996. Research and hands-on midwifery. *Prof Care Mother Child*, 6, 144.
705. REID, L. 2000. The 8th International Conference of Maternity Care Researchers. *RCM Midwives Journal*, 3, 312-313.
706. REID, L. 2005. Midwives and change. *Pract Midwife*, 8, 28-30.
707. REID, M. L. & MORRIS, J. B. 1979. Perinatal care and cost effectiveness: changes in health expenditures and birth outcome following the establishment of a nurse-midwife program. *Med Care*, 17, 491-500.
708. REIME, B., RATNER, P. A., TOMASELLI-REIME, S. N., KELLY, A., SCHUECKING, B. A. & WENZLAFF, P. 2006. The role of mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Social Science & Medicine*, 62, 1731-1744.
709. REIME, B. & TOMASELLI-REIME, S. 2002. Noch Forschungsbedarf testgestellt. erläutern den Stand der Forschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
710. REINHARZ, D., BLAIS, R., FRASER, W. D., CONTANDRIOPOULOS, A. P. & L'EQUIPE D'EVALUATION DES PROJETS-PILOTES, S.-F. 2000. Cost-effectiveness of midwifery services vs. medical services in Quebec (Structured abstract). *Canadian Journal of Public Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22000006247/frame.html>.
711. RHEE, V., MULLANY, L. C., KHATRY, S. K., KATZ, J., LECLERQ, S. C., DARMSTADT, G. L. & TIELSCH, J. M. 2008. Maternal and birth attendant hand washing and neonatal mortality in southern Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162, 603-8.
712. RICHARDSON, M. 1997. Participatory research methods: people with learning difficulties. *Br J Nurs*, 6, 1114-21.
713. RICHENS, Y. 2002. Are midwives using research evidence in practice? *British Journal of Midwifery*, 10, 11-16.
714. RISING, S. S. 1975. A consumer-oriented nurse-midwifery service. *Nurs Clin North Am*, 10, 251-62.
715. ROBERTS, B. 1996. Lottery cash for health charities *MIDIRS Midwifery Digest* 6, 361.
716. ROBERTSON, A. 2000. How are you doing? *Pract Midwife*, 3, 28-9.
717. ROBINSON, J. 1995. Informed refusal. *British Journal of Midwifery* 3, 616-617.
718. ROEHL, S. & SCHÜCKING, B. 2006. Sense of Coherence and Preterm Birth - A Prospective Study of Hospitalized Women with Preterm Labour. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
719. ROGERS, J. & WOOD, J. 1999. The Hinchingsbrooke Third Stage trial. What are the implications for practice? *Pract Midwife*, 2, 35-7.
720. RONALD, K. & MCCRAW Recent innovations in childbirth: Dangerous Proposals, harmless fads, or wave of the future? *J Nurse Midwifery*, 34, 206-210.
721. ROSANDER, R. 1988. [Working with research and development (R&D)]. *Jordemodern*, 101, 258-60.
722. ROSE, L., SCHULTZ MARCUS, J., CARDWELL CHRIS, R., JOUVET, P., MCAULEY DANNY, F. & BLACKWOOD, B. 2011. Automated versus non-

- automated weaning for reducing the duration of mechanical ventilation for critically ill adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009235/frame.html>.
723. ROSKE, K. & ZICKFELDT, B. 2009. Die Stimme erheben. Karen Roske und Britta Zickfeldt zum Status quo der noch jungen Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
724. ROSS, M. G. 1981. Health impact of a nurse midwife program. *Nurs Res*, 30, 353-5.
725. ROSSER, J. 1996. Empowering women - shifting the fetal monitoring impasse. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
726. ROSSER, J. 1999. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). Part 2. Highlights of the 6th annual report. *Pract Midwife*, 2, 18-9.
727. ROSSER, J. 2000. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI). Highlights of the 6th annual report. Part 4: Record keeping. *Pract Midwife*, 3, 11.
728. ROSSER, J. 2001. Nutritional advice in pregnancy. *Pract Midwife*, 4, 28.
729. ROTHWELL, H. 1998. What the textbooks don't tell you. Interviewing pregnant women. *Pract Midwife*, 1, 26-7.
730. ROTT, P., SCHÜCKING, B., SIEDENTOPF, F. & KENTENICH, H. 2001. Die Wunschsektion - Prävention von Beckenboden- und Genitaldefekten - oder medizinisch fragwürdig? *Gynäkologische Praxis*.
731. ROTT, R. 2000. Wunschsektion und vaginale Geburt - psychologische Aspekte. *Der Gynäkologe*, 33.
732. ROUSSEAU, A. 2002. Theory development in midwifery: current trends and concepts. In: ICM (ed.) *International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world*. Vienna 2002: ICM.
733. ROWAN, C., BICK, D. & DA SILVA BASTOS, M. H. 2007. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth: exploring the gap between the evidence and UK policy and practice (Structured abstract). *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12007005875/frame.html>.
734. ROWLEY, M. J., HENSLEY, M. J., BRINSMEAD, M. W. & WLODARCZYK, J. H. 1995. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial (Structured abstract). *Medical Journal of Australia* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-21995001076/frame.html>.
735. RUSHFORTH, H. & MCDONALD, H. 2004. Decisions by nurses in acute care to undertake expanded practice roles. *British Journal of Nursing (BJN)*, 13, 482-490.
736. RUSSELL, K. 2011. Struggling to get into the pool room? A critical discourse analysis of labor ward midwives' experiences of water birth. *International Journal of Childbirth* 1, 52-60.
737. SADLER, C. 1991. Running the show? *Nurs Times*, 87, 18.
738. SAHA, P. 1993. The joy of research. *Nurs Times*, 89, 68-9.
739. SALEEM, S., REZA, T., MCCLURE, E. M., PASHA, O., MOSS, N., ROUSE,

- D. J., BARTZ, J. & GOLDENBERG, R. L. 2007. Chlorhexidine vaginal and neonatal wipes in home births in Pakistan: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 110, 977-85.
740. SALIS, B. 2005. Forschung schafft Wissen. *Hebammenforum* 9, 673- 678.
741. SALIS, B. 2005. „So richtig Hebamme sein“. *Hebammenforum* 5, 326- 332.
742. SALIS, B., KRAHL, A. & BAUER, N. 2008. Warten auf die Utopie? *Hebammenforum*, 2, S. 85-92.
743. SANDERSON, A., BARGER, M., DECLERCQ, E., KOTELCHUCK, M. & SCHUECKING, B. 2005. Change in Maternal Depression in Relation to Mode of Birth. *APHAMeeting*. Philadelphia.
744. SARAH, R. 1993. Combining work with caring for children, findings from a longitudinal study of midwives' careers. *Midwifery*, 9, 183-196.
745. SAUGSTAD, O. 1996. Should newborn infants be resuscitated with room air? *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
746. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z., BAUER, N., PALM, R. Kontinenzförderung- ein Thema für Hebammen. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie* 209, 106.
747. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z., KEHRBACH, A. 2004. Der "Hebammenkreißsaal": Ein neues Betreuungskonzept für eine frauen- und familienorientierte Geburtshilfe. *Die Schwester/ Der Pfleger* 43 932-934.
748. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2004. "Modellprojekt Hebammenkreißsaal"- Eine Perspektive für die Zukunft der Hebammengeburtshilfe in der Klinik. *Hebammenkunst, Kongressband des X. Hebammenkongress 17.-19. Mai 2004*. Karlsruhe: Bund deutscher Hebammen e.V.(Hrsg.).
749. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z., BAUER, N., SCHÄFERS, R., PALM, R 2006. Kommentar zur Fallstudie von Cignaccio, E.; Zbinden, A.; Surbek, D.: Aufrechterhaltung der Laktation bei Brustabzess. *Pflege* 19, 73-74.
750. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z., SCHÜCKING, B., KOLIP, P. & 2005. Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, 209 106.
751. SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. & SIEBE, A. 2005. Moderne Geburtsmedizin und traditionelles Wissen auf dem Prüfstand. *Deutsche Universitätszeitung (DUZ), duz Spezial Fachhochschule Osnabrück*, , 23.
752. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z., BAUER, N. & SCHÄFERS, R. 2005. Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, PO_2_11.
753. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & GRIESHP, M. 2009. Qualitätsförderung in der Geburtshilfe durch Reformen in der Hebammenausbildung. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_H_04_07.
754. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z., KEHRBACH, A., BAUER, N., HELLMERS, C. & RAHDEN, O. V. 2008. Evaluation of the first midwife-led unit in Germany. In: CONIFER., A. E. L. (ed.) *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008* Glasgow.
755. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z., KEHRBACH, A. & KIRCHNER, S. 2005. Gesundheitsförderung im Geburtsprozess Konzeptentwicklung Hebammenkreißsaal. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 209, PO_2_12.
756. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & KNAPE, N. 2009. Ganz in den Händen der Hebamme. *Die Schwester, Der Pfleger*, 48, S. 1112-1116.

757. SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. & KRAHL, A. 2008. Reshaping maternity care in Germany. *International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008* Glasgow: Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.
758. SCHAEFERS, R. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Gesundheitssystemforschung im Kontext der Frauengesundheitsberichterstattung. In: WICHMANN, H. E., NOWAK, D., ZAPF, A. (HG.), AUGSBURG 17.-24. SEPTEMBER 2007, ABSTRACTBAND. (ed.) *Kongress Medizin und Gesellschaft 2007*. Mönchengladbach: Rheinware Verlag.
759. SCHAEFERS, R. & SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2008. Regional survey of services rendered in midwifery in Germany. *Abstracts of the International Confederation of Midwives 28th Triennial Congress, 1.-5.6.2008* Glasgow: Amsterdam: Elsevier Ltd. Conifer.
760. SCHAEFERS, R. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2009. Hebammenbetreuung im Bundesland Niedersachsen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, PO_G_12_09.
761. SCHAEFERS, R. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2009. Eignung von Routinedaten zur Darstellung personeller Ressourcen in der geburtshilflichen Versorgung. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_G_07_07.
762. SCHÄFER, D. 2010. Rheinische Hebammengeschichte im Kontext. Kassel Univ. Pr.
763. SCHÄFERS, R. 2007. Prävention im Hebammenalltag- am Beispiel Paula S. *Hebammenforum*, 5, 332-336.
764. SCHÄFERS, R. 2008. Die Arbeit der Hebamme in der Schwangerenvorsorge. *Österreichische Hebammenzeitung* 14, S. 5-8.
765. SCHÄFERS, R. 2008. Elektronischer Heilberufsausweis für Hebammen. *Hebammenforum*, 7, S. 541-542.
766. SCHÄFERS, R. 2008. Gestationsdiabetes – ein Überblick über den aktuellen Wissenstand. *Die Hebamme*, 21, S. 90-96.
767. SCHÄFERS, R. 2010. Hund und Hase. Bericht von der 27. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung 19.-20.11.2009. *Hebammenforum*, 11, S. 64-65.
768. SCHÄFERS, R. 2010. Nicht auf besseres Wetter warten. *Hebammenforum*, 11, S. 94-97.
769. SCHÄFERS, R. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Hebammenarbeit, die Früchte trägt. *Hebammenforum*, 7, 566-567.
770. SCHÄFERS, R. & SAYN- WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Neue Perspektiven entwickeln- Hebammen stellen ihre Arbeit dar. *Hebammenforum*, 5, 382-383.
771. SCHÄFERS, R. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. 2007. Forschungsprojekt: Neue Perspektiven entwickeln - Hebammen stellen ihre Arbeit dar. *Die Hebamme*.
772. SCHÄFERS, R. & ZU SAYN-WITTGENSTEIN, F. Z. 2007. Analyse der Datenlage zu den Versorgungsleistungen durch Hebammen im Bundesland Niedersachsen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 211, PO_02_09.
773. SCHAFFER, J. I., BLOOM, S. L., CASEY, B. M., MCINTIRE, D. D., NIHIRA, M. A. & LEVENO, K. J. 2005. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol*, 192, 1692-6.

774. SCHAPER, A. M., ROONEY, B. L., KAY, N. R. & SILVA, P. D. 1994. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med*, 39, 620-4.
775. SCHILD, R. & SCHLING, S. 2009. Evidenzlage des Anamnese-katalogs im deutschen Mutterpass. *Gynäkologe*, 42, 87-92.
776. SCHLING, S., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2009. Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 213, FV_H_04_06.
777. SCHLING, S., MICHELSEN, C., PETER, C., VETTER, K. & GROSS, M. 2010. The development of the German legal maternity guideline and the antenatal health care record. *Arch Gynecol Obstet*.
778. SCHMIDT, J. H. 1840. Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den königl. preußischen Staaten. [Schade].
779. SCHMIDT, J. H. 1850. Fragebuch der Geburtskunde für die Hebammen in den Königl. preußischen Staaten mit einem clinischen Anhang. Hirschwald.
780. SCHMIDT, J. H. 1850. Lehrbuch der Geburtskunde für die Hebammen in den Königl. Preußischen Staaten. Hirschwald.
781. SCHMIED, V. 1996. More than words: an analysis of interactions between mothers and midwives. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
782. SCHNEIDER, E. 2004. Familienhebammen - die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren. Mabuse-Verl.
783. SCHNITZLER, U. 2010. Vertrauen in die normale Geburt. Ute Schnitzler liefert eine Literaturrecherche. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
784. SHOLES, J. & FREEMAN, M. 1994. The reflective dialogue and repertory grid: a research approach to identify the unique contribution of nursing, midwifery or health visiting to the therapeutic milieu. *J Adv Nurs*, 20, 885-93.
785. SCHÜCKING, B. 2000. Frauenfreundliche Geburtshilfe? *Clio*, 7.
786. SCHÜCKING, B. 2000. Geburtsschmerz aus psychosomatischer Sicht. *Hebammenforum* 436-441.
787. SCHÜCKING, B. 2000. Stillberatung - Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfe und Professionalität. *Deutsche Hebammenzeitschrift*, 73-76.
788. SCHÜCKING, B. 2001. Stillnotstand in Deutschland. *Rundbrief. Die Fachzeitschrift der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS)* 1-2:.
789. SCHÜCKING, B. 2006. Caesarean Section or Spontaneous Birth? Maternal Request in Germany and USA. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
790. SCHÜCKING, B. & HELLMERS, C. 2005. Geburtshilfe im Wandel - der Kaiserschnitt auf Wunsch. *BZGA Forum* 9-12.
791. SCHÜCKING, B., LOYTVED, C. & BORRMANN, B. 2006. Werdende Mütter stärken. *Pflegezeitschrift* 7, 400-403.
792. SCHÜCKING, B., ROTT, P., SIEDENTOPF, F. & KENTENICH, H. 2001. Die Wunschsektion - medizinische und psychosomatische Problematik. *Zentralbl Gynakol*, 123, 51,53.
793. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2001. Die Entwicklung der "normalen" Geburt 1984-1999. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes. In: GESUNDHEITSWESEN, Z. F. Q. I. (ed.) *NPEXtra 1999, Niedersächsische und Bremer Perinatal- und Neonatalerhebung*.
794. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2001. Die Schwangerenvorsorge durch die

- Hebamme - Stellenwert der Pränataldiagnostik. *Weleda Hebammenforum*, 6 - 8.
795. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2001. Intervention Rates in Normal Birth in Germany: Reason for Psychosomatic Concern? *In: Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* : , 22, 84.
796. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2001. Intervention Rates in Normal Birth: Reason for Psychosomatic Concern? *Archives of Women's Mental Health* 2, 46.
797. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2002. Technisierung der "normalen" Geburt. Interventionen im Kreißsaal. *In: PARAVICINI U; RIEDEL C, H. (ed.) Dokumentation Forschungsprojekte 1. bis 3. Förderrunde 1997 - 2001*. Hannover: Wissenschaftliche Reihe NFFG.
798. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2003. Entwicklung der Sectio-Rate in Niedersachsen. *MedReport* 43, 10.
799. SCHÜCKING, B. & SCHWARZ, C. 2003. Geburtseinleitung und ihre Folgen. *ÖHZ Österreichische Hebammenzeitung*, 9. Jg, 5-7.
800. SCHÜCKING, B. A., HELLMERS, C. & SCHWARZ, C. 2005. Sectio - Eine gesunde Entscheidung? *Zentralbl Gynakol*, 127, 16.
801. SCHÜCKING, B. A. & SCHWARZ, C. 2003. Entwicklung der Sectio-Rate in Niedersachsen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, FV_09_03.
802. SCHUECKING, B., MAKOWSKY, K 2010. Entsteht nur durch Schmerz neues Leben? *MedReport* 33/34 Jahrg.2010, 19.
803. SCHUECKING, B., MAKOWSKY, K 2010. How to integrate Family Midwives into the Regular Early Support System in Germany. *Infant Mental Health Journal* 31, p 118.
804. SCHUECKING, B., HALVES, C 2010. Was macht Frauen krank? *Clio* 11, . 30.Jahrg, S 4-6.
805. SCHUECKING, B., MAKOWSKY, K. & VON MOELLER, K. 2010. Obese Mothers and Their Needs in Antepartum Care and Mode of Birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Vol 282, S 3.
806. SCHUILING, K. D. & SLAGER, J. 2000. Scope of practice: freedom within limits. *J Midwifery Womens Health*, 45, 465-71.
807. SCHUTTE, J. M., SCHUITMAKER, N. W., VAN ROOSMALEN, J. & STEEGERS, E. A. 2008. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. *BJOG*, 115, 732-6.
808. SCHWARZ, C. 2006. Neues vom Forschungsworkshop in Fulda Christiane Schwarz fasst die Erkenntnisse des Forschungs- workshops zusammen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
809. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2002. Wie häufig kommt eine „normale“ Geburt heute in der Klinik vor? *Die Hebamme*, 15. Jahrgang, 127-131.
810. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2003. Geburtseinleitung und ihre Auswirkungen auf die Häufigkeit folgender Interventionen und Komplikationen. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, FV_08_01.
811. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2003. Geburtseinleitung und ihre Auswirkungen auf die Häufigkeit folgender Interventionen und Komplikationen. *MedReport* 43, 3.
812. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2003. Wie „normal“ sind die Geburten von Migrantinnen im Vergleich zu deutschen Gebärenden? *Z Geburtshilfe Neonatol*, 207, PO_11_12.
813. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2005. Adieu, normale Geburt?

- Hebamme/Sage Femme CH*, 3, 8-10.
814. SCHWARZ, C. & SCHÜCKING, B. 2006. Obstetrical Intervention Rates and Midwifery in Germany. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 19, 1-148.
 815. SCOGGIN, J. 1996. How nurse-midwives define themselves in relation to nursing, medicine, and midwifery. *J Nurse Midwifery*, 41, 36-42.
 816. SCUPHOLME, A., DEJOSEPH, J., STROBINO, D. M. & PAINE, L. L. 1992. Nurse-midwifery care to vulnerable populations. Phase I: Demographic characteristics of the National CNM Sample. *J Nurse Midwifery*, 37, 341-8.
 817. SEDLER, K. 1996. Perineal management and reduction of perineal trauma at birth. In: ICM (ed.) *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
 818. SHALLOW, H. 2001. Research. Teams and the marginalization of midwifery knowledge. *British Journal of Midwifery*, 9, 167-171.
 819. SHEPHERD, J. 2003. Research into symphysis pubis dysfunction (SPD). *Pract Midwife*, 6, 38-40; author reply 40.
 820. SHEPHERD, J. M. 2001. Medicines and breastfeeding. *Pract Midwife*, 4, 23-5.
 821. SHI, L., SAMUELS, M. E., RICKETTS, T. C. & KONRAD, T. R. 1994. A rural-urban comparative study of nonphysician providers in community and migrant health centers. *Public Health Rep*, 109, 809-15.
 822. SHULVER, D. & SHAW-FLACH, A. 2004. Enabling women to breastfeed. *Pract Midwife*, 7, 12-4, 16.
 823. SIBLEY, L., SNIPE, S. A. & KOBLINSKY, M. 2004. Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications: a review of the evidence (Provisional abstract). *Social Science and Medicine* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12004002083/frame.html>.
 824. SIBLEY, L. M. & SIPE, T. A. 2006. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? *J Health Popul Nutr*, 24, 472-8.
 825. SIBLEY, L. M., SIPE, T. A. & KOBLINSKY, M. 2004. Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care: a review of the evidence (Brief record). *Journal of Midwifery and Women's Health* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12004005414/frame.html>.
 826. SIBLEY LYNN, M., SIPE THERESA, A., BROWN CAROLYN, M., DIALLO MELISSA, M., MCNATT, K. & HABARTA, N. 2007. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005460/frame.html>.
 827. SIDDIQUI, J. 1999. Practice issues. The therapeutic relationship in midwifery. *British Journal of Midwifery*, 7, 111-114.
 828. SILVERTON, L. 1993. *The art and science of midwifery*, Prentice Hall.
 829. SIMKIN, P. P. & O'HARA, M. 2002. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol*, 186, S131-S159.
 830. SINCLAIR, M. 2002. Preparing for the next research assessment exercise.

- RCM Midwives J*, 5, 188.
831. SINCLAIR, M. 2003. Research: experimentation and inspiration for our lifeworld. *Evidence Based Midwifery*, 1, 31-31.
 832. SINCLAIR, M. 2010. Lessons learnt from 'real world' research. *Evidence Based Midwifery*, 8, 3-3.
 833. SINCLAIR, M. 2011. Occularcentrism and the need to 'see' the evidence of impact. *Evidence Based Midwifery*, 9, 39-40.
 834. SISTO, S. & HILLIER, D. Advancing and enhancing midwifery practice: tracking the impact of a curriculum innovation through a process of illuminative evaluation. In: ICM, ed. ICM 24th Triennale Congress, 1996 Oslo.
 835. SLATER, L. 2006. Person-centredness: a concept analysis. *Contemp Nurse*, 23, 135-44.
 836. SMITH, C. A., COLLINS, C. T. & CROWTHER, C. A. 2011. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009215/frame.html>.
 837. SMITH, C. A., COLLINS, C. T., CROWTHER, C. A. & LEVETT, K. M. 2011. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009232/frame.html>.
 838. SMITH, C. A., LEVETT, K. M., COLLINS, C. T. & JONES, L. 2011. Manual healing methods including massage and reflexology for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD009290/frame.html>.
 839. SMITH, E., ROSS, F., DONOVAN, S., MANTHORPE, J., BREARLEY, S., SITZIA, J. & BERESFORD, P. 2008. Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: a review of evidence and practice. *Int J Nurs Stud*, 45, 298-315.
 840. SMITH, J., FORSTER, A., HOUSE, A., KNAPP, P., WRIGHT JOHN, J. & YOUNG, J. 2008. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001919/frame.html>.
 841. SMITH, J. P. 1995. Nursing and midwifery beyond the year 2000: rhetoric, research and reality. *J Adv Nurs*, 21, 815-6.
 842. SNELGROVE, S. & JAMES, M. 2011. Graduate nurses' and midwives' perceptions of research. *Journal of Research in Nursing*, 16, 7-20.
 843. SNOW, T. 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nurs Stand*, 22, 12-3.
 844. SOCIAL SCIENCE RESEARCH UNITUNIVERSITY OF LONDON, N. H. S. C. F. R., DISSEMINATIONMIDWIVES, I. & RESOURCE, S. 1996. A pilot study of 'Informed Choice' leaflets on positions in labour and routine ultrasound (Structured abstract). *York: Centre for Reviews and Dissemination (CRD)* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-31999008333/frame.html>.

845. SPURGEON, P., HICKS, C. & BARWELL, F. 2001. Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17, 123-32.
846. SPURRETT, B. R. & COOK, C. M. 1997. Hypertension in pregnancy: a study of the Asia-Oceania region. *J Obstet Gynaecol Res*, 23, 327-35.
847. STADELMANN, I. 1995. Die Hebammensprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen. Eigenverl.
848. STADELMANN, I. 2000. Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen. Eigenverl.
849. STADELMANN, I. 2002. Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Heilkräutern, homöopathischen Arzneien und ätherischen Ölen. Stadelmann Eigenverl.
850. STADELMANN, I. 2007. Die Hebammen-Sprechstunde - einfühlsame und naturheilkundliche Begleitung zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit mit Kräuterheilkunde, Homöopathie und Aromatherapie. Stadelmann.
851. STADLER, M. H. 2008. Medienkompetenz. *Handbuch zur Wissensverarbeitung für Pflegende und Hebammen*. Huber ; Hogrefe.
852. STEELE, R. 1999. Research network. RCM research network. *RCM Midwives Journal*, 2, 373-373.
853. STEELE, R. 2001. RCM research network. *RCM Midwives Journal*, 4, 77-77.
854. STEELE, R. 2002. Research governance in health and social care. *RCM Midwives*, 5, 326-7.
855. STEELE, R. 2003. Influencing the research agenda. *RCM Midwives*, 6, 16-7.
856. STEEN, M., BRIGGS, M. & KING, D. 2006. Alleviating postnatal perineal trauma: to cool or not to cool? (Structured abstract). *British Journal of Midwifery* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12006005272/frame.html>.
857. STEEN, M. & ROBERTS, T. 2010. *The pocket guide to midwifery research*, Wiley-Blackwell.
858. STEVENS, B., GUERRIERE, D., MCKEEVER, P., CROXFORD, R., MILLER, K. L., WATSON-MACDONELL, J., GIBBINS, S., DUNN, M., OHLSSON, A., RAY, K. & COYTE, P. 2006. Economics of home vs. hospital breastfeeding support for newborns. *J Adv Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/125/CN-00562125/frame.html>.
859. STEVENSON, J. 2005. The Bristol Third-Stage Trial. *Midwifery Today Int Midwife*, 41-3.
860. STEWART, S. 2004. Internet tips and tricks. *Practising Midwife*, 7, 28-28.
861. STEWART, S. D. 1998. Economic and personal factors affecting women's use of nurse-midwives in Michigan. *Fam Plann Perspect*, 30, 231-5.
862. STONE, S. E. 2000. The evolving scope of nurse-midwifery practice in the United States. *J Midwifery Womens Health*, 45, 522-31.

863. STUART, D. & OSHIO, S. 2002. Primary care in nurse-midwifery practice: a national survey. *J Midwifery Womens Health*, 47, 104-9.
864. SULLIVAN, D. A. 1988. *Labor pains - modern midwives and home birth*, Yale University Press.
865. SULLIVAN, N. H. 2000. CNMs/CMs as primary care providers: scope of practice issues. *J Midwifery Womens Health*, 45, 450-6.
866. SULLIVAN, N. H. & WITTE, M. 1995. Care of the at-risk neonate born at home. A model for nurse-midwife/physician collaboration. *J Nurse Midwifery*, 40, 534-40.
867. SWARTZ, M. K. 1992. Primary care and differential diagnosis of the newborn. General considerations for the CNM. *J Nurse Midwifery*, 37, 18S-26S.
868. SYKES, W. & BRYANS, B. 1994. Maternally grateful. *Health Serv J*, 104, 28.
869. TAMBORLANE, T. A. 1994. Physician assistants and nurse midwives: scope of practice in N.J. *Trends Health Care Law Ethics*, 9, 22-3, 16.
870. TAYLOR, R. 2004. Caesarean rates. *Health Serv J*, 114.
871. THERON, G. B., SHAPIRO, D. E., VAN DYKE, R., CABABASAY, M. P., LOUW, J., WATTS, D. H., SMITH, E., BULTERYS, M. & MAUPIN, R. 2011. Rapid intrapartum or postpartum HIV testing at a midwife obstetric unit and a district hospital in South Africa. *Int J Gynaecol Obstet*, 113, 44-9.
872. THOMAS, B. G. & MCCOURT, C. 2001. Problem-based learning. Reducing the theory-practice gap? *Pract Midwife*, 4, 52.
873. THOMAS, L. H., CULLUM, N., A., MCCOLL, E., ROUSSEAU, N., SOUTTER, J. & STEEN, N. 1999. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000349/frame.html>.
874. THOMAS, L. H., MCCOLL, E., CULLUM, N., ROUSSEAU, N. & SOUTTER, J. 1999. Clinical guidelines in nursing, midwifery and the therapies: a systematic review (Brief record). *J Adv Nurs* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-11999004147/frame.html>.
875. THOMAS, L. H., MCCOLL, E., CULLUM, N., ROUSSEAU, N., SOUTTER, J. & STEEN, N. 1998. Effect of clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: a systematic review of evaluations (Brief record). *Quality in Health Care* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-11998009729/frame.html>.
876. THOMSON, A. 1992. Why do we continue to use ineffective types of care? *Midwifery*, 8, 157-8.
877. TIEDEMANN, K. 2001. Hebammen im Dritten Reich - über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik. Mabuse-Verl.
878. TIMMER, A. & GROß, M. 2007. Evidenz in der Geburtshilfe und Gynäkologie. In: WACKER J, S. M., BASTERT G, HEYL W (HG.) (ed.) *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe mit 58 Tabellen*. Springer.
879. TINTOR, M. 2009. Gesundheit in bewegten Zeiten. *Zeitschrift für Personal - Human Resource*, 2009, S 30-31.
880. TINTOR, M. Das Leben im Werk - Psychosoziale Gesundheit in bewegten Zeiten. Kongress Armut und Gesundheit - Ethik im Spannungsfeld und

- Satellitenveranstaltung "Global - Gerecht - Gesund?", 2010. Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Dokumentation 15. , CD-ROM, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Berlin 2010 o.
881. TOMASELLI, S. 2007. Unsicherheit ist weniger riskant als falsche Sicherheit Sandra Tomaselli zeigt auf, wie Hebammen lernen können, wissenschaftliche Ergebnisse zu sichten und zu nutzen. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
882. TOMASELLI, S. 2008. Einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt? Sandra Tomaselli hat den Stand der Forschung gesichtet. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
883. TORRES, A. & REICH, M. R. 1989. The shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and The Netherlands. *Int J Health Serv*, 19, 405-14.
884. TRACY, S. 2002. Guest editorial. *New Zealand College of Midwives Journal*, 26, 3-4.
885. TRENDALL, J. 2000. Concept analysis: chronic fatigue. *J Adv Nurs*, 32, 1126-31.
886. TSIRIGOTIS, C. 2010. Im Dialog - Von Nichtwissen, Fragen und Erkunden, Vielstimmigkeit und sokratischer Hebammenkunst. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*.
887. TSURU, S., NARITA, S., MURAKAMI, M. & AL, E. 2002. Relationships among midwifery care, trend of birth rate, medical resources and consumer's view. In: ICM (ed.) *International Confederation of Midwives. Midwives and women working together for the family of the world*. Vienna 2002: ICM.
888. TUNGPUNKOM, P. & NICOL, M. 2008. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000381/frame.html>.
889. TURNER, C. E., YOUNG, J. M., SOLOMON, M. J., LUDLOW, J., BENNESS, C. & PHIPPS, H. 2008. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG*, 115, 1494-502.
890. TYLER, S. & JENKINS, R. 1994. Can GPs reach the high Cs? *Health Serv J*, 104, 30.
891. ULLMAN, R., SMITH, L. A., BURNS, E., MORI, R. & DOWSWELL, T. 2010. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD007396/frame.html>.
892. ULRICH, S. 1994. Revisiting an "old" solution to the high costs of maternity care. *Med Interface*, 7, 106, 108, 111-2 passim.
893. UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING MIDWIFERY AND HEALTH VISITING 1999. UKCC asks practitioners to test higher level of practice descriptor and standard. In: UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, M. A. H. V. (ed.). London
894. URQUHART, C., CURRELL, R., GRANT MARIA, J. & HARDIKER NICHOLAS, R. 2009. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:

- <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002099/frame.html>.
895. UVNÄS MOBERG, K. 2010. Oxytocin verbindet. Prof. Dr. Kerstin Uvnäs Moberg hat zur Wirkung des Hormons für Wehen, Milchfluss und Bindung geforscht. *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*.
 896. VAN DEN BERG, I., KAANDORP, G. C., BOSCH, J. L., DUVEKOT, J. J., ARENDS, L. R. & HUNINK, M. G. 2010. Cost-effectiveness of breech version by acupuncture-type interventions on BL 67, including moxibustion, for women with a breech foetus at 33 weeks gestation: a modelling approach (Provisional abstract). *Complementary Therapies in Medicine* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cleed/articles/NHSEED-22010001102/frame.html>.
 897. VAN HOOVER, C. 2003. State regulations for licensure and the master's of science in midwifery... "New directions in midwifery education: the master's of science in midwifery degree" (Journal of Midwifery & Women's Health, 2003, Vol 48, No. 2, pp 133-137). *J Midwifery Womens Health*, 48, 297-297.
 898. VENNEMANN, M. 2002. Plötzlicher Säuglingstod: Aktueller Stand der Ursachenforschung. *Die Hebamme*.
 899. VIK, K., AASS, I. M., WILLUMSEN, A. B. & HAFTING, M. 2009. "It's about focusing on the mother's mental health": screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective--a qualitative study. *Scand J Public Health*, 37, 239-45.
 900. WAKEFIELD, M. & JONES, W. 1998. Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Aust N Z J Public Health*, 22, 313-20.
 901. WALDENSTROM, U. & TURNBULL, D. 1998. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services (Structured abstract). *Br J Obstet Gynaecol* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-11998002141/frame.html>.
 902. WALKER, P. 1994. Demystifying the research process in education. *Mod Midwife*, 4, 12-5.
 903. WALLEN, J., DAVIDSON, S. M., EPSTEIN, D. & CONNELLY, J. P. 1982. Nonphysician health care providers in pediatrics. *Paediatrician*, 11, 225-39.
 904. WALSH, D. 1999. Euphemisms for an obstetric-led agenda. *British Journal of Midwifery*, 7, 410-410.
 905. WALSH, D. & DOWNE, S. M. 2004. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review (Provisional abstract). *Birth* [Online]. Available: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12004001566/frame.html>.
 906. WALTERS, S. J. 2004. Sample size and power estimation for studies with health related quality of life outcomes: a comparison of four methods using the SF-36. *Health Qual Life Outcomes*, 2, 26.
 907. WALTON, J. G. 1985. Information and the midwife. *Midwifery*, 1, 191-194.
 908. Warburton, W. An exploration of home birth after cesarean. ICM 24th Triennale Congress, 1996 Oslo.
 909. WARD, C. 1999. HIV testing in pregnancy. *Pract Midwife*, 2, 14-6.

910. WARD, V. P., CHARLETT, A., FAGAN, J. & CRAWSHAW, S. C. 2008.
Enhanced surgical site infection surveillance following caesarean section: experience of a multicentre collaborative post-discharge system. *J Hosp Infect*, 70, 166-73.
911. WATSON, M. J. 1988. New dimensions of human caring theory. *Nurs Sci Q*, 1, 175-81.
912. WATSON, P. 2001. Antenatal HIV testing. A new challenge for midwives. *Pract Midwife*, 4, 14-6.
913. WATTS, T., JONES, M., WAINWRIGHT, P. & WILLIAMS, A. 2001.
Methodologies analysing individual practice in health care: a systematic review. *J Adv Nurs*, 35, 238-56.
914. WAY, S. 1991. Midwifery. Screening for congenital dislocation of the hip. *Nurs Times*, 87, 36-8.
915. WEI, S.-Q., LUO, Z.-C., QI, H.-P., XU, H. & FRASER, W. D. 2010. High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 203, 296-304.
916. WEICHS, B. 2008. Klinikgeburt ohne Arzt *BABY und Familie*, 7, S. 48-51.
917. WEISBORD, J. S., KOUMANS, E. H., TOOMEY, K. E., GRAYSON, C. & MARKOWITZ, L. E. 2001. Sexually transmitted diseases during pregnancy: screening, diagnostic, and treatment practices among prenatal care providers in Georgia. *South Med J*, 94, 47-53.
918. WEISS, S., MCLAIN, B. & FULLERTON, J. 1988. A collaborative intercampus model for graduate studies in primary care nursing. *Int J Nurs Stud*, 25, 261-70.
919. WEITZ, T., ANDERSON, P. & TAYLOR, D. 2009. Advancing scope of practice for advanced practice clinicians: more than a matter of access. *Contraception*, 80, 105-7.
920. WESCHE, M. 2007. "Die große Mehrheit handelt korrekt und ehrlich". Marianne Wesche hat zum Thema Abrechnungsbetrug recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
921. WESCHE, M. 2007. Flaute bei "Primama". Marianne Wesche hat recherchiert. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
922. WESCHE, M. 2008. Zeitarbeit: Arbeit auf Zeit? Marianne Wesche hat zu einem Thema recherchiert, das auch Hebammen zunehmend betrifft. *Deutsche Hebammenzeitschrift*.
923. WEYLAND, U. & BORRMANN, B. 2002. Fruchtbarkeit und Schwangerschaft als Unterrichtsthema. Überlegungen zur Konzeption dieses Themas für Schülerinnen an berufsbildenden Schulen. *Prävention*, 25.
924. WHALL, A. L., SINCLAIR, M. & PARAHOOD, K. 2006. A philosophic analysis of Evidence-Based Nursing: recurrent themes, metanarratives, and exemplar cases. *Nurs Outlook*, 54, 30-5.
925. WHEELER, S., NEEL, N., BARNETTE, D. & JINRIGHT, M. 1992. Gift of life: enhancing the availability of obstetrical care in Alabama. *J Health Soc Policy*, 3, 7-20.
926. WHITE, O. 1995. Coitus interruptus as a method of contraception. *British Journal of Midwifery* 3, 152-153, 155.
927. WHITE, V. 1996. Midwives' perceptions of research based practice. *ICM 24th Triennale Congress*. Oslo.
928. WICKHAM, S. 1999. Evidence-informed midwifery. 2. Using research in midwifery practice. *Midwifery Today Int Midwife*, 39-41.

929. WICKHAM, S. 2001. Midwifery education: unity and diversity. *Pract Midwife*, 4, 4-5.
930. WICKHAM, S. 2002. Number crunching. *Pract Midwife*, 5, 29.
931. WICKHAM, S. 2008. Research unwrapped. Obstetric skills and drills. *Pract Midwife* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/157/CN-00639157/frame.html>.
932. WIEGERS, T. A., VAN DER ZEE, J. & KEIRSE, M. J. 1998. Maternity care in The Netherlands: the changing home birth rate. *Birth*, 25.
933. WILKEN, M. K. 1993. *State regulatory boards, regulations, and midlevel practitioners in rural America*. PH.D., UNIVERSITY OF NEBRASKA - LINCOLN.
934. WILLHÖFT, S., OEHLER, K., DONAT, A., HILLEMANN, P. & GROß, M. M. 2007. Merkmale zur Abgrenzung zwischen latenter und aktiver Eröffnungsphase in empirischen geburtshilflichen Arbeiten. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, P9.
935. WILLIAMS, D. R. 1994. Credentialing certified nurse-midwives. *J Nurse Midwifery*, 39, 258-64.
936. WILSON, J. 2008. Bridging the theory practice gap. *Aust Nurs J*, 16, 25.
937. WINTER, C. & DAVIES, L. 1992. Midwives' Journal. The booking-in interview. *Nurs Times*, 88, 58-9.
938. WOLKE, D., DAVE, S., HAYES, J., TOWNSEND, J. & TOMLIN, M. 2002. Routine examination of the newborn and maternal satisfaction: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 86, F155-60.
939. WOOD, C. L. 1994. Postdate pregnancy update. *J Nurse Midwifery*, 39.
940. WOODWARD, S., NORTON, C. S. & CHIARELLI, P. 2010. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD008486/frame.html>.
941. WOODWARD, S., NORTON, C. S. & GORDON, J. 2009. Reflexology for treatment of constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Online]. Available:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD008156/frame.html>.
942. WRAY, J. 2008. Breastfeeding and primitive neonatal reflexes. *Pract Midwife*, 11, 53-6.
943. WREN, L. 1995. Midwife's ABC of good record keeping. *Midwives*, 108, 338.
944. WRIEDEN, W. L. & SYMON, A. 2003. The development and pilot evaluation of a nutrition education intervention programme for pregnant teenage women (food for life). *J Hum Nutr Diet*, 16, 67-71.
945. XYRICHIS, A. & REAM, E. 2008. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 61, 232-41.
946. YANCHO, C. 1995. Adding a personal touch. Nurse-midwives improve the quality of health care. *Mich Health Hosp*, 31, 30.
947. ZABLOCKI, E. 1996. The midwife option. Health plans and certified nurse midwives are offering women choices in how they give birth. *Healthplan*, 37, 100-6.
948. ZEMPEL, W., PROBST, T., HILLEMANN, P. & GROSS, M. M. 2008. Die „Babyfriendly-Hospital-Initiative“ im universitären Setting - ein gelungenes

Beispiel für evidenzbasierte Versorgung. *Geburtsh Frauenheilk*, 68,
PO_Geb_03_27.

14. Anhang

Abbildung 36 Publikationsstandard PRISMA

(Liberati, Altman et al. 2009)

Section/Topic	#	Checklist Item	Reported on Page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome-level assessment (see Item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., health care providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

doi:10.1371/journal.pmed.1000100.t001

Abbildung 37 Publikationsstandard CONSORT (Moher, Schulz et al. 2005)

Tab.1 Checkliste zur Publikation randomisierter Studien.			
Publikationsabschnitt		Beschreibung	Erwähnt auf Seite:
Titel und Zusammenfassung	1	Zuordnung zu Therapiegruppen (z. B. „randomisierte Verteilung“, „randomisiert“, oder „randomisierte Zuweisung“).	I
Einleitung			
Hintergrund	2	Wissenschaftlicher Hintergrund und Begründung der Studie.	
Methoden			
Probanden/Patienten	3	Einschlusskriterien der Probanden/Patienten, Studienorganisation und Ort der Studiendurchführung (z. B. im Krankenhaus oder nicht-stationär).	
Intervention/Behandlung	4	Präzise Angaben zu den geplanten Interventionen jeder Gruppe und zur Durchführung.	
Ziele	5	Genaue Ziele, Fragestellung und Hypothesen.	
Zielkriterien	6	Klar definierte primäre und sekundäre Zielkriterien und, gegebenenfalls, alle zur Optimierung der Ergebnisqualität verwendeten Methoden (z. B. Mehrfachbeobachtungen, Training der Prüfer)	
Fallzahlbestimmung	7	Wie wurden die Fallzahlen bestimmt und, falls notwendig, Beschreibung von Zwischenanalysen und Kriterien für einen vorzeitigen Studienabbruch.	
Randomisierung			
Erzeugung der Behandlungsfolge	8	Methode zur Generierung der zufälligen Zuteilung, einschließlich aller Einzelheiten (wie z. B. Block-Randomisierung, Stratifizierung).	
Geheimhaltung der Behandlungsfolge (allocation concealment)	9	Durchführung der Zuteilung (z. B. nummerierte Behälter; zentrale Randomisierung per Fax/Telefon). Angabe, ob Geheimhaltung bis zur Zuteilung gewährleistet war.	
Durchführung	10	Wer führte die Zuteilung durch, wer nahm die Probanden/Patienten in die Studie auf und wer teilte die Probanden/Patienten den Gruppen zu.	
Verblindung	11	Waren a) die Probanden/Patienten und/oder b) diejenigen, die die Intervention/Behandlung durchführten und/oder c) diejenigen, die die Zielgrößen beurteilten verblindet oder nicht verblindet. Wie wurde der Erfolg der Verblindung evaluiert?	
Statistische Methoden	12	Statistische Methoden zur Bewertung des primären Zielkriteriums; weitere Analysen, wie z. B. Subgruppenanalysen und adjustierte Analysen.	
Ergebnisse			
Ein- und Ausschlüsse	13	Anzahl der Studienteilnehmer für jede durch Randomisierung gebildete Behandlungsgruppe, die a) tatsächlich die geplante Behandlung/Intervention erhalten haben, b) die Studie protokollgemäß beendeten, c) in der Analyse des primären Zielkriteriums berücksichtigt wurden (Darstellung in Flussdiagramm empfohlen; Beschreibung von Protokollabweichungen mit Angabe von Gründen).	
Aufnahme/Rekrutierung	14	Nähere Angaben über den Zeitraum der Studienaufnahme der Probanden/Patienten und der Nachbeobachtung.	
Patientencharakteristika zu Studienbeginn (baseline data)	15	Demografische und klinische Charakteristika aller Gruppen.	
Anzahl der ausgewerteten Probanden/Patienten	16	Anzahl der Probanden/Patienten (Nenner) in jeder Gruppe, die in die entsprechende Analyse eingeschlossen wurden und Angabe, ob es sich dabei um eine „Intention-to-Treat“ Analyse handelt. Wenn möglich, Angabe der Ergebnisse in absoluten Zahlen (z. B. 10 von 20, nicht 50%).	
Ergebnisse und Schätzmethoden	17	Zusammenfassung der Ergebnisse aller primären und sekundären Zielkriterien für jede Gruppe und die geschätzte Effektgröße sowie ihre Präzision (z. B. 95%-Konfidenzintervall).	
Zusätzliche Analysen	18	Angabe von weiteren Tests, insbesondere von Subgruppenanalysen und adjustierte Analysen (mit Erklärung, ob sie vorher geplant waren oder nachträglich durchgeführt wurden).	
Unerwünschte Wirkungen	19	Angabe aller wichtigen unerwünschten Wirkungen oder Nebenwirkungen innerhalb jeder Behandlungsgruppe.	
Diskussion			
Interpretation	20	Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung der Studienhypothesen, möglicher Ursachen von Verzerrungen („Bias“) sowie Problemen durch multiples Testen und multiple Zielkriterien.	
Generalisierbarkeit	21	Generalisierbarkeit der Studienergebnisse (externe Validität).	
Bewertung der Evidenz	22	Allgemeine Interpretation der Ergebnisse unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes und anderer Publikationen zur untersuchten Fragestellung.	

Abbildung 38 Publikationsstandard STROBE (von Elm, Altman et al. 2008)

Tab. 1 Das STROBE-Statement – Checkliste der Punkte, die in Berichten über Beobachtungsstudien enthalten sein sollten		
	Nr.	Empfehlung
<i>Titel und Abstract</i>	1	(a) Machen Sie das Studiendesign im Titel oder Abstract kenntlich, indem Sie dafür einen allgemein gebräuchlichen Begriff verwenden (b) Verfassen Sie für das Abstract eine aussagefähige und ausgewogene Zusammenfassung dessen, was in der Studie gemacht wurde und was herausgefunden wurde
<i>Einleitung</i>		
Hintergrund/Rationale	2	Erläutern Sie den wissenschaftlichen Hintergrund und die Rationale für die vorgestellte Studie
Zielsetzungen	3	Geben Sie alle spezifischen Zielsetzungen einschließlich der (vorab festgelegten) Hypothesen an
<i>Methoden</i>		
Studiendesign	4	Beschreiben Sie die wichtigsten Elemente des Studiendesigns möglichst früh im Artikel
Rahmen	5	Beschreiben Sie den Rahmen (Setting) und Ort der Studie und machen Sie relevante zeitliche Angaben, einschließlich der Zeiträume der Rekrutierung, der Exposition, der Nachbeobachtung und der Datensammlung
Studienteilnehmer	6	(a) <i>Kohortenstudie</i> – Geben Sie die Einschlusskriterien, die Herkunft der Teilnehmer sowie die Methoden ihrer Auswahl an; beschreiben Sie die Methoden der Nachbeobachtung <i>Fallkontrollstudie</i> – Geben Sie die Einschlusskriterien und die Herkunft der Fälle und Kontrollen an sowie die Methoden, mit denen die Fälle erhoben und die Kontrollen ausgewählt wurden. Geben Sie eine Begründung (Rationale) für die Auswahl der Fälle und Kontrollen <i>Querschnittsstudie</i> – Geben Sie die Einschlusskriterien, die Herkunft der Teilnehmer sowie die Methoden ihrer Auswahl an (b) <i>Kohortenstudie</i> – Geben Sie für Studien, die Matching (Paarbildung) verwenden, die Matchingkriterien und die Anzahl der exponierten und der nicht exponierten Teilnehmer an <i>Fallkontrollstudie</i> – Geben Sie für Studien, die Matching (Paarbildung) verwenden, die Matchingkriterien und die Anzahl der Kontrollen pro Fall an
Variablen	7	Definieren Sie eindeutig alle Zielgrößen, Expositionen, Prädiktoren, mögliche Confounder und Effektmodifikatoren; geben Sie gegebenenfalls Diagnosekriterien an
Datenquellen/Messmethoden	8*	Geben Sie für jede in der Studie wichtige Variable die Datenquellen an und erläutern Sie die verwendeten Bewertungs- bzw. Messmethoden. Beschreiben Sie die Vergleichbarkeit der Messmethoden, wenn es mehr als eine Gruppe gibt
Bias	9	Beschreiben Sie, was unternommen wurde, um möglichen Ursachen von Bias zu begegnen
Studiengröße	10	Erklären Sie, wie die Studiengröße ermittelt wurde
Quantitative Variablen	11	Erklären Sie, wie in den Auswertungen mit quantitativen Variablen umgegangen wurde Wenn nötig, beschreiben Sie, wie Kategorien (Gruppierungen) gebildet wurden und warum
Statistische Methoden	12	(a) Beschreiben Sie alle statistischen Methoden, einschließlich der Methoden, die für die Kontrolle von Confounding verwendet wurden (b) Beschreiben Sie Verfahren, mit denen Subgruppen und Interaktionen untersucht wurden (c) Erklären Sie, wie mit fehlenden Daten umgegangen wurde (d) <i>Kohortenstudie</i> – Erklären Sie gegebenenfalls wie mit dem Problem des vorzeitigen Ausscheidens aus der Studie („loss to follow-up“) umgegangen wurde <i>Fallkontrollstudie</i> – Beschreiben Sie gegebenenfalls wie das Matching (Paarbildung) von Fällen und Kontrollen bei der Auswertung berücksichtigt wurde <i>Querschnittsstudie</i> – Beschreiben Sie gegebenenfalls die Auswertungsmethoden, die die gewählte Strategie zur Stichprobenauswahl (Sampling strategy) berücksichtigen (e) Beschreiben Sie vorgenommene Sensitivitätsanalysen

Tab. 1 Das STROBE-Statement – Checkliste der Punkte, die in Berichten über Beobachtungsstudien enthalten sein sollten (Fortsetzung)

<i>Ergebnisse</i>		
Teilnehmer	13*	(a) Geben Sie die Anzahl der Teilnehmer während jeder Studienphase an, z. B. die Anzahl der Teilnehmer, die potenziell geeignet waren, die auf Eignung untersucht wurden, die als geeignet bestätigt wurden, die tatsächlich an der Studie teilgenommen haben, deren Nachbeobachtung abgeschlossen wurde und deren Daten ausgewertet wurden (b) Geben Sie die Gründe für die Nicht-Teilnahme in jeder Studienphase an (c) Erwägen Sie die Darstellung in einem Flussdiagramm
Deskriptive Daten	14*	(a) Beschreiben Sie Charakteristika der Studienteilnehmer (z. B. demographische, klinische und soziale Merkmale) sowie Expositionen und mögliche Confounder (b) Geben Sie für jede Variable die Anzahl der Teilnehmer mit fehlenden Daten an (c) <i>Kohortenstudie</i> – Fassen Sie die Nachbeobachtungszeit zusammen (z. B. Mittelwert und Gesamtzeitraum)
Ergebnisdaten	15*	<i>Kohortenstudie</i> – Berichten Sie über die Anzahl der Zielergebnisse oder statistische Maßzahlen (z. B. Mittelwert und Standardabweichung) im zeitlichen Verlauf <i>Falkontrollstudie</i> – Berichten Sie über Teilnehmerzahlen in jeder Expositions-kategorie oder über statistische Maßzahlen der Exposition (z. B. Mittelwert und Standardabweichung) <i>Querschnittstudie</i> – Berichten Sie über die Anzahl der Zielergebnisse oder statistische Maßzahlen (z. B. Mittelwert und Standardabweichung)
Hauptergebnisse	16	(a) Geben Sie die unadjustierten Schätzwerte an und gegebenenfalls auch die Schätzwerte in denen Adjustierungen für die Confounder vorgenommen wurden sowie deren Präzision (z. B. 95%-Konfidenzintervall); machen Sie deutlich, für welche Confounder adjustiert wurde und warum diese berücksichtigt wurden (b) Wenn stetige Variablen kategorisiert wurden, geben Sie die oberen und unteren Grenzwerte der einzelnen Kategorien an (c) Wenn relevant, erwägen Sie, für aussagekräftige Zeiträume Schätzwerte relativer Risiken auch als absolute Risiken auszudrücken
Weitere Auswertungen]	17	Berichten Sie über weitere vorgenommene Auswertungen, z. B. die Analyse von Subgruppen und Wechselwirkungen (Interaktionen) sowie Sensitivitätsanalysen
<i>Diskussion</i>		
Hauptergebnisse	18	Fassen Sie die wichtigsten Ergebnisse in Hinsicht auf die Studienziele zusammen
Einschränkungen	19	Diskutieren Sie die Einschränkungen der Studie und berücksichtigen Sie dabei die Gründe für möglichen Bias oder Impräzision Diskutieren Sie die Richtung sowie das Ausmaß jedes möglichen Bias
Interpretation	20	Nehmen Sie eine vorsichtige übergreifende Interpretation der Resultate vor und berücksichtigen Sie dabei die Ziele und Einschränkungen der Studie, die Multiplizität der Analysen, die Ergebnisse anderer Studien und andere relevante Evidenz
Übertragbarkeit	21	Besprechen Sie die Übertragbarkeit (externe Validität) der Studienergebnisse
<i>Zusätzliche Informationen</i>		
Finanzierung	22	Geben Sie an, wie die vorliegende Studie finanziert wurde, und erläutern Sie die Rolle der Geldgeber. Machen Sie diese Angaben gegebenenfalls auch für die Originalstudie, auf welcher der vorliegende Artikel basiert
* Geben Sie diese Informationen jeweils gesondert für Fälle und Kontrollen in Falkontrollstudien an, und gegebenenfalls für exponierte und nicht-exponierte Gruppen in Kohorten- und Querschnittstudien.		
Anmerkung: Jeder Punkt der Checkliste wird in einem Begleitartikel (Explanation and Elaboration) besprochen, der methodologische Hintergründe diskutiert und publizierte Beispiele transparenter Berichterstattung vorstellt. Die STROBE-Checkliste wird am besten zusammen mit diesem Artikel angewandt (frei zugänglich auf den folgenden Webseiten: PLoS Medicine http://www.plosmedicine.org , Annals of Internal Medicine http://www.annals.org und Epidemiology http://www.epidem.com). Zusätzliche Versionen der Checkliste spezifisch für Kohorten-, Falkontroll- oder Querschnittstudien sind auf der STROBE-Webseite (http://www.strobe-statement.org) auf Englisch verfügbar.		

Abbildung 39 Publikationsstandard COREQ

(Tong, Sainsbury et al. 2007)

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Tabelle 26: Ergebnistabelle in Excel-Form

15. Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit bisher nicht veröffentlicht wurde und nicht bereits einmal an einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht wurde.

(Ort, Abgabedatum)

(Unterschrift)

